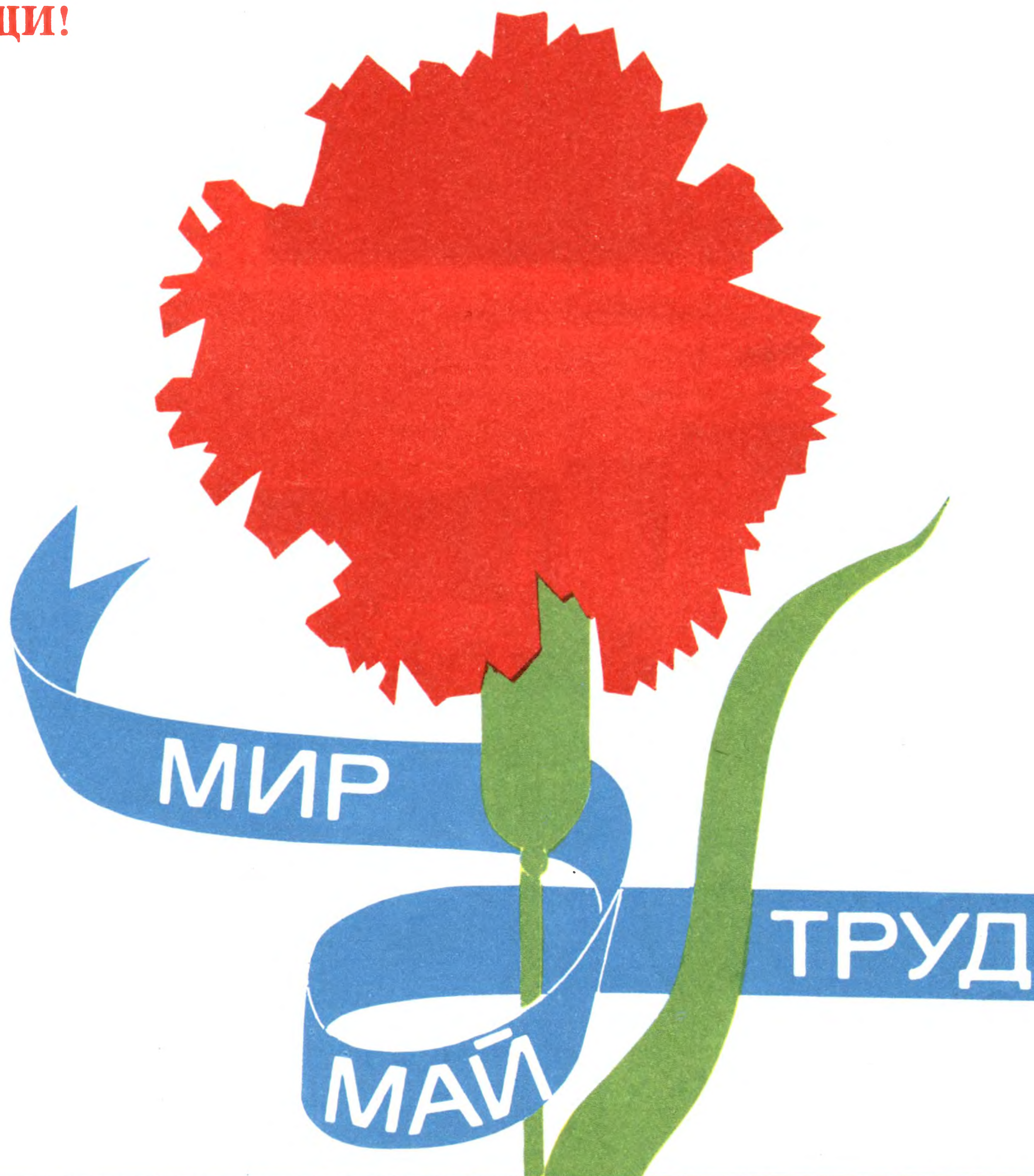


Здоровье

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ПРАВДА». МОСКВА

5 • 1976

**С ПРАЗДНИКОМ,
ДОРОГИЕ
ТОВАРИЩИ!**





МОСКВА БУДЕТ ОБРАЗЦОВЫМ КОММУНИСТИЧЕСКИМ ГОРОДОМ!

На Московском станкостроительном орденов Ленина и Трудового Красного Знамени заводе имени Серго Орджоникидзе постоянно заботятся об улучшении общественного питания. В новом здании заводской столовой конвейерные линии выдачи комплексных обедов позволяют быстро обслуживать многотысячный коллектив. Комбинату питания завода — победителю социалистического соревнования 1975 года — вручено переходящее Красное знамя Совета Министров РСФСР и ВЦСПС.



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ
НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СССР И РСФСР

Здоровье

Основан 1 января 1955

№ 5 (257) 1976

Главный редактор М. Д. ПИРАДОВА

Редакционная коллегия:

Я. Г. БАРАНОВ

О. В. БАРОЯН,
В. А. ГАЛКИН,
С. М. ГРОМБАХ,
Ю. Ф. ИСАКОВ,
Г. Н. КАССИЛЬ,
И. А. КРЯЧКО,
М. И. КУЗИН,
Т. Е. НОРКИНА
(отв. секретарь),
Д. С. ОРЛОВА,
М. А. ОСТРОВСКИЙ,
Л. С. ПЕРСИАНИНОВ,
А. А. ПОКРОВСКИЙ,
А. Г. САФОНОВ
(зам. главного редактора),
В. С. САВЕЛЬЕВ,
М. Я. СТУДЕНИКИН,
М. Е. СУХАРЕВА,
Н. В. ТРОЯН,
Т. В. ФЕДОРОВА
(зам. главного редактора),
А. П. ШИЦКОВА

Главный художник
Е. В. ТЕРЕХОВ

Технический редактор
З. В. ПОДКОЛЗИНА

Адрес редакции:
101454, ГСП-4, Москва. А-15.
Бумажный проезд, 14
Телефоны: 253-32-95; 251-44-34;
253-70-50; 258-24-17; 250-24-56; 251-94-49.

Перепечатка разрешается
со ссылкой на журнал «Здоровье».
Рукописи не возвращаются

Сдано в набор 19/III 1976 г. А 00902.
Подписано к печати 31/III 1976 г. Формат 60×90^{1/8}.
Усл. печ. л. 4,59. Уч.-изд. л. 7,58. Тираж 11700000 экз.
(1-й завод: 1—10452250 экз.).
Изд. № 972. Заказ № 1984.

Ордена Ленина и ордена Октябрьской Революции
типография газеты «Правда» имени В. И. Ленина
125865. Москва, А-47, ГСП, улица «Правды», 24.

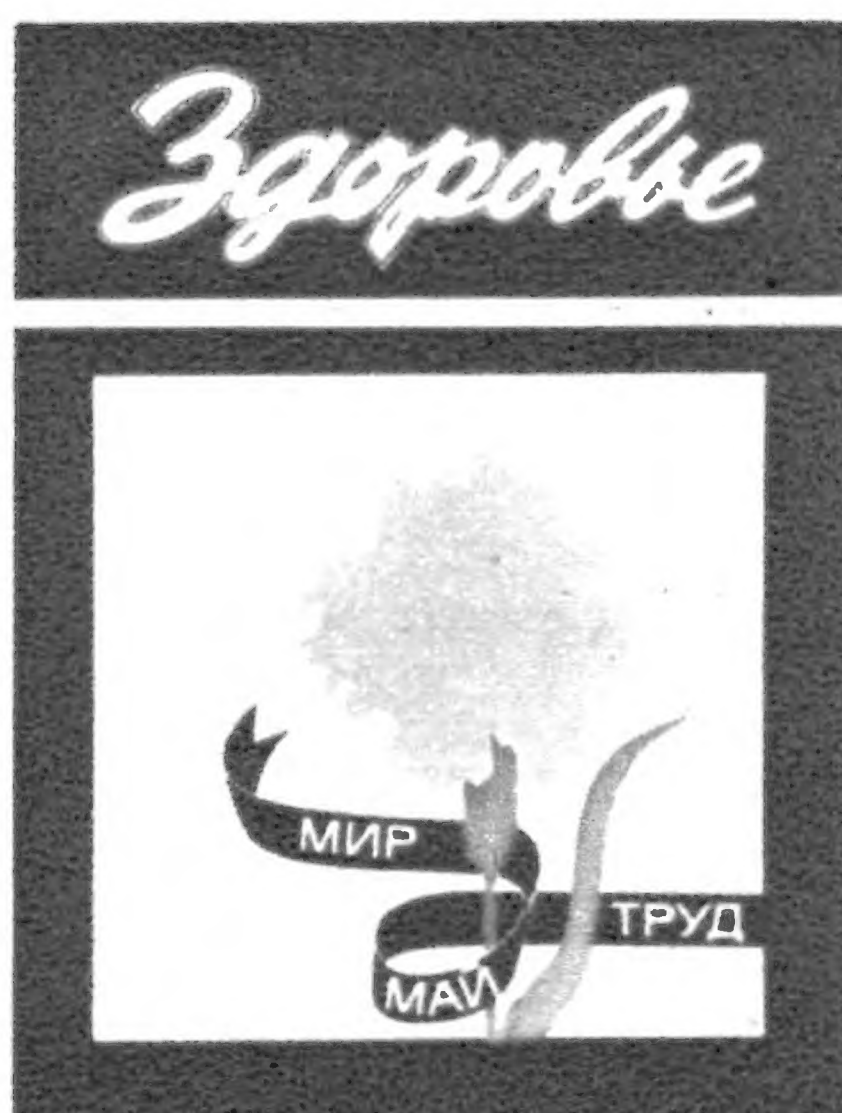
© Издательство «Правда». «Здоровье» 1976.

В ЭТОМ НОМЕРЕ

В. В. Бойцов	2	СТАНДАРТЫ НА СЛУЖБЕ ЗДОРОВЬЯ
Е. П. Шувалова	4	ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ
В. М. Шпилькин	6	ОТВЕЧАЕТ СПЕЦИАЛИСТ
Ф. И. Комаров,	6	РАЗГОВОР С БОЛЬНЫМ
И. Г. Даниляк		ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ
Е. Лагутина	8	ИНСТИТУТУ ГЕМАТОЛОГИИ—50 ЛЕТ
М. А. Островский	9	БЕЛОК ПРИНИМАЕТ ИНФОРМАЦИЮ
В. П. Бисярина	10	ДЕТИ И ВОЙНА
С. Харламова	12	Е. Н. МЕШАЛКИН
А. В. Шмаков	13	МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
В. П. Подачин	14	ВОЗМОЖНОСТИ НАШЕГО ОРГАНИЗМА
	16	ПОЧТА ОДНОГО ДНЯ
К. А. Сотникова	18	ВОСПАЛЕНИЕ ЛЕГКИХ
С. М. Беккер	20	КРИТИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ
А. В. Зборовский	21	РЕВМАТИЗМ НЕ ПРОЩАЕТ БЕСПЕЧНОСТИ
А. С. Лопатин	23	АСПИРИН И ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ
В. И. Гудименко	24	НАКАНУНЕ ТРЕТЬЕГО СЕМЕСТРА
Р. И. Анискина	25	ЗАМАСКИРОВАННАЯ ОПАСНОСТЬ
В. Ф. Токарев	26	ВОЗДУШНЫМИ ТРАССАМИ
М. Ф. Гриненко,	27	САМОМАССАЖ И ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА
В. М. Свешников		ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДАРТЕРИИТЕ
	30	«ЗДОРОВЬЕ» СОВЕТУЕТ
Ю. П. Алексеев	31	ИНЪЕКЦИИ ИНСУЛИНА
Б. Д. Петров	32	«ЗАПИСКИ ВРАЧА»

НА ОБЛОЖКАХ:

- I. Рисунок В. Сухомлинова
- II. Фото Вл. Кузьмина
- III. Рисунки Е. Турова
- IV. Фото Г. Хотенко



Поднять роль стандартов в ускорении научно-технического прогресса и улучшении качества готовой продукции, сырья, материалов и комплектующих изделий. Совершенствовать стандарты и технические условия, повысить ответственность хозяйственных органов, предприятий и объединений за их соблюдение.

(Из «Основных направлений развития народного хозяйства СССР на 1976—1980 годы», утвержденных XXV съездом КПСС)



В. В. БОЙЦОВ,
профессор,
председатель
Государственного комитета стандартов
Совета Министров СССР

ВЫСШАЯ цель и главный смысл деятельности ленинской партии—это беззаветное служение народу, борьба за благо и счастье, дальнейшее улучшение жизни советского человека.

Этот неизменный курс политики партии с новой силой нашел свое яркое отражение в исторических решениях XXV съезда КПСС, начертавшего вдохновляющую программу экономического и социально-политического развития советского общества, всецело отвечающую жизненным интересам народа.

Десятая пятилетка—это новый этап подъема материального и культурного уровня жизни народа на основе всестороннего и гармоничного развития экономики.

Социальная программа пятилетки ориентирует на осуществление все более масштабных задач. Это и повышение реальных доходов населения, и улучшение жилищных условий, и расширение общественных фондов потребления, и забота о росте образованности и культуры советских людей. Гуманизм социалистического образа жизни ярко проявляется и в охране окружающей среды, в улучшении условий труда, охране здоровья и создании оптимальных условий для увеличения продолжительности жизни и активной трудовой деятельности человека.

В современных условиях научно-технической революции, интенсивного развития индустрии и транспорта, внедрения во все отрасли народного хозяйства новых машин, приборов и технологических процессов со всей остротой встает проблема обеспечения безопасных условий труда и охраны окружающей среды. Уже сейчас наша наука в этом направлении должна работать на день завтрашний.

В нашей стране эти важнейшие социально-экономические задачи решаются путем осуществления комплексных общегосударственных мероприятий организационно-технического и санитарно-гигиенического характера. Ныне к их решению привлечен также и такой мощный рычаг государственного нормирования и управления народным хозяйством, как стандартизация.

Государственные стандарты устанавливаются в нашей стране на все материальные ценности. Сейчас действует более 20 тысяч ГОСТов, охватывающих важнейшие виды продукции промышленности и сельского хозяйства, товаров

СТАНДАРТЫ

народного потребления, а также многие технологические процессы.

Основная задача стандартизации—определение требований к техническому уровню и качеству готовой продукции, а также к сырью и материалам на всех этапах, начиная с проектирования и кончая промышленным освоением. Большинство проектов государственных стандартов разрабатывают отраслевые министерства и ведомства, их научно-исследовательские институты, проектные, конструкторские и моделирующие организации. Каждый ГОСТ—это плод больших научных исследований и инженерного поиска решения, оптимального для всего народного хозяйства.

Руководство этой работой в масштабах страны возложено на Государственный комитет стандартов Совета Министров СССР. Он определяет основное направление развития и совершенствования стандартизации и метрологии, разрабатывает их научно-методические и технико-экономические основы, осуществляет руководство деятельностью министерств и ведомств в этой области. После утверждения стандарты и технические условия обретают силу закона. Госстандарт контролирует их внедрение с помощью своих республиканских управлений и лабораторий государственного надзора, которых насчитывается сейчас в стране более четырехсот.

В 1973 году Госстандарт СССР совместно с ВЦСПС, Минздравом СССР и другими ведомствами приступили к разработке двух комплексных оптимальных систем: «Человек—техника—среда» и «Человек и биосфера». Основными направлениями этой работы стали: стандартизация в области безопасности труда, обеспечение безопасности транспортных средств и бытовой техники, защита от загрязнения атмосферы, рек и водоемов, защита зеленых насаждений и животного мира.

Выполнение программы стандартизации в области безопасности труда, включающей около 100 ГОСТов, позволит шире использовать достижения науки и техники для совершенствования технологии и обеспечения безопасных условий труда.

Уже сегодня стандарты ограничивают шум машин и оборудования, уровень вибрации механизмов, устанавливают санитарно-гигиенические требования к микроклимату производственных помещений.

Так, стандарт для воздушной среды рабочей зоны (ГОСТ 12.1.005—75), проект которого был разработан научными сотрудниками Института гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР, определяет четкие границы допустимых, то есть абсолютно безвредных, концентраций более 600 химических веществ.

Разработанный в 1975 году стандарт (ГОСТ 12.1.003—76) устанавливает классификацию и допустимые уровни шумов на рабочих местах, общие требования к шумовым характеристикам машин, механизмов и транспортных средств. Уровень звукового давления на рабочих местах в производственных помещениях, в кабинах тепловозов и электровозов, тракторов, самоходных шасси грузового автотранспорта, морских и речных судов, в вагонах поездов дальнего следования и пригородных, в кабинах и салонах самолетов и вертолетов не

должен превышать 50—80 децибелов. В зонах с уровнем звука выше 85 децибелов обязательным является применение дистанционного управления или средств индивидуальной защиты. Утвержден также стандарт, устанавливающий допустимые уровни внешнего и внутреннего шума автомобилей, автобусов и мотоциклов (ГОСТ 19358—74). Одна из острых проблем в технике—борьба с вибрацией. Решающую роль в этом играет совершенствование конструкций ручных пневматических и электрических молотков, а также средств защиты. Благодаря введению стандартов с более высокими

достижений научно-технической революции сохранить и улучшить окружающую среду.

Эту мысль наиболее полно и ярко высказал Генеральный секретарь ЦК КПСС тов. Л. И. Брежнев в Отчетном докладе XXV съезду партии:

«...Использовать природу можно по-разному. Можно—и история человечества знает тому немало примеров—оставлять за собой бесплодные, безжизненные, враждебные человеку пространства. Но можно и нужно, товарищи, облагораживать природу, помогать природе полнее раскрывать

НА СЛУЖБЕ ЗДОРОВЬЯ

требованиями с производства снимаются устаревшие образцы.

Вот один из примеров. На Томском электромеханическом заводе имени В. В. Вахрушева был прекращен выпуск отбойных молотков, по параметрам вибрации намного превышавших допустимые нормы, а на серийное производство поставлена новая модель, отвечающая требованиям стандарта.

Комплекс новых ручных машин в вибробезопасном исполнении, превосходящих по своим качествам зарубежные образцы, был разработан в результате содружества ученых, конструкторов, физиологов и врачей-гигиенистов научно-исследовательских институтов Госстандарта СССР, Академии медицинских наук СССР, ВЦСПС, Сибирского отделения АН СССР и специалистов ряда заводов. В десятой пятилетке все подобные ручные машины будут выпускаться только в вибробезопасном исполнении.

Большое значение имеет создание стандартов, направленных на повышение безопасности транспортных средств. Уже внедрены стандарты на знаки дорожные и разметку дорог, шлемы для мотоциклистов, ремни безопасности. Стандарты безопасности труда на тракторах и сельскохозяйственных самоходных машинах (ГОСТ 12.2.003—74) устанавливают новые требования к конструкции машин, предельные нормы внешнего шума и вибрации, к конструкции сиденья, к температурному режиму и микроклимату кабины.

Не меньшее внимание при стандартизации обращается и на безопасность электрооборудования и разнообразной техники, применяемой в быту. Так, стандарт (ГОСТ 12.2.006—75) на требования к конструкции бытовой радиоэлектронной аппаратуры (телевизоры, радиоприемники, магнитофоны и т. д.) надежно защищает человека от температурных воздействий, от излучения, поражения электрическим током, воспламенения и взрыва кинескопа телевизора.

В годы десятой пятилетки мы предполагаем разработать более ста новых комплексов, а также технических условий на оборудование и технологию, особенно для тех отраслей промышленности, где еще сравнительно высок уровень травматизма и профессиональных заболеваний.

Охрана природной среды, рациональное использование ее ресурсов становятся в наши дни поистине одной из актуальнейших проблем современности, носят глобальное, всепланетное экологическое значение, ибо затрагивают все стороны жизни и деятельности человечества. Рост народонаселения, увеличение масштабов промышленного производства, урбанизация, химизация сельского хозяйства, все возрастающее применение автомобильного транспорта и авиации ведут к увеличению загрязнения воздушного бассейна и Мирового океана. Все более интенсивная, хищническая эксплуатация природных ресурсов в странах капитала во имя сверхприбылей монополий может привести к нарушению естественного круговорота веществ и энергии в природе, серьезно нарушить ее равновесие.

И, наоборот, наша социалистическая система хозяйства, планомерный характер ее развития, всенародная забота об охране природы и разумном пользовании ее ресурсами открывают широкие просторы для того, чтобы на основе

ее жизненные силы. Есть такое простое, известное всем выражение «цветущий край». Так называют земли, где знания, опыт людей, их привязанность, их любовь к природе поистине творят чудеса. Это наш, социалистический путь».

Только в текущей пятилетке на сохранение окружающей среды будет выделено 11 миллиардов рублей. Уже сейчас советская наука и техника создали большой арсенал средств борьбы с загрязнением воздуха и водоемов, новых технологических процессов, исключающих вредное влияние на окружающую среду, методов восстановления природных ресурсов и улучшения биосферы. И организующую роль стандартизации здесь трудно переоценить.

В конце прошлого года Госстандарт утвердил ГОСТ «Система стандартов в области охраны природы и улучшения использования природных ресурсов», который устанавливает организационно-методические принципы построения комплексной системы.

Сейчас разрабатываются основные требования и нормы по охране вод, защите атмосферы от вредных промышленных выбросов, охране фауны и флоры. Уже введены в действие стандарты, ограничивающие загрязнение воздуха отработанными газами двигателей внутреннего сгорания путем совершенствования их конструкции. Это имеет огромное значение для оздоровления атмосферы наших городов, в промышленных зонах, в рудных и угольных карьерах.

Совместно с Главгидрометслужбой, Минздравом СССР, Минводхозом СССР, Академией наук СССР и другими министерствами и ведомствами мы приступили к созданию научно обоснованных норм и стандартов качества природных сред. Стандарт «Зоны зеленые» определит нормативы создания зеленых зон вокруг населенных пунктов. В целях охраны вод разрабатывается ГОСТ «Гидросфера. Воды источников централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения». В стране уже действует стандарт (ГОСТ 2874—73) технического и гигиенического требования к питьевой воде, обеспечивающий ее эпидемиологическую безопасность, безвредность химического состава и благоприятные органолептические свойства.

К разработке государственных стандартов в области охраны природы привлечены ведущие ученые более 100 академических и отраслевых институтов, специалисты 34 министерств и ведомств. Комплексные научные исследования ведутся во многих областях знаний, так как государственные стандарты могут быть внедрены только при авторитетном биологическом, технологическом, гигиеническом и экономическом обосновании закладываемых в них нормативов. Получив силу закона, стандарты чистоты окружающей среды должны стать социальными нормами нашего советского природопользования.

Десятая пятилетка—пятилетка эффективности и качества. Повышая научный уровень государственной стандартизации во всех областях народного хозяйства, в решении важнейших социальных проблем улучшения природной среды и условий труда, охраны здоровья советских людей, мы внесем достойный вклад в выполнение величественной программы созидания, намеченной XXV съездом ленинской партии.

ОСТРЫЕ кишечные инфекции — это обширная группа заболеваний, для которой характерен один и тот же механизм заражения: микробы проникают в организм человека через рот. К кишечным инфекциям относятся брюшной тиф, паратифы, дизентерия, сальмонеллезы, пищевые токсикоинфекции и некоторые другие.

Брюшной тиф и паратифы (А и Б) еще в начале нашего века были распространены почти повсеместно; от них умирали тысячи людей, особенно в периоды народных бедствий: войн, засухи, голода, — когда санитарно-гигиенические условия катастрофически ухудшались. В настоящее время брюшной тиф уже не имеет эпидемического характера; отмечаются лишь отдельные случаи и небольшие локальные вспышки.

Заболеваемость дизентерией за последние годы в нашей стране также имеет тенденцию к снижению, однако и сейчас она занимает одно из первых мест после гриппа и других острых респираторных заболеваний.

Что же касается пищевых токсикоинфекций, вызываемых сальмонеллами, то, к сожалению, приходится констатировать их рост во всем мире за последние 20—25 лет. Отчасти это связано с улучшением качества клинической и лабораторной диагностики. Но, несомненно, имеет место и истинный рост заболеваемости. Сказанное в полной мере относится и к пищевым токсикоинфекциям, вызываемым другими микроорганизмами.

Перед специалистами стоит весьма актуальная и важная задача — резко снизить заболеваемость острыми кишечными инфекциями. Последние годы ознаменованы немалыми успехами. И, как это бывает всегда, новые научные факты открывают новые горизонты в изучаемой проблеме, ставят перед исследователями еще более сложные задачи.

На современном этапе хорошо изучены возбудители большинства острых кишечных инфекций. Так, известно, что дизентерию вызывают несколько видов дизентерийных микробов — шигелл, брюшной тиф и некоторые пищевые токсикоинфекции — сальмонеллы, часть энтероколитов (воспалительных заболеваний тонкой и толстой кишки) — энтеропатогенные кишечные палочки (эшерихии). Доказано также, что часть острых поражений кишечника имеет вирусную природу, однако спектр вирусов-возбудителей очерчен еще не полностью.

В последние годы выявилась определенная тенденция к смене хорошо известных и достаточно изученных возбудителей микроорганизмами, ко-

Е. П. ШУВАЛОВА,
член-корреспондент АМН СССР

торые считались раньше условно-патогенными, то есть способными вызвать заболевание лишь при определенных условиях.

Большой теоретический и практический интерес представляет процесс смены возбудителей дизентерии. В начале XX столетия преобладали шигеллы Григорьева-Шига. Перед второй мировой войной и в послевоенные годы у больных чаще всего выделяли шигеллы Флекснера. В последние 15—20 лет в большинстве стран Европы и Америки, а также почти на всей территории Советского Союза с наибольшей частотой встречается возбудитель вида Зонне. Но совсем недавно в ряде стран, например, в Гватемале, в США, вновь появилась дизентерия, вызванная шигеллами Григорьева-Шига, которая протекает очень тяжело. У нас в стране, особенно в республиках Средней Азии и Закавказья, все чаще регистрируется дизентерия Флекснера.

Причины такой смены возбудителей многочисленны, сложны и не до конца изучены. Перед исследователями стоит важная задача своевременно информировать практических врачей о тенденциях в динамике распространения того или иного вида дизентерийных микробов. Ведь различные шигеллы вызывают заболевания, клинические проявления которых неодинаковы. Дизентерия Зонне, например, отличается более легким течением, преобладанием стертых форм. Характерно для нее поражение желудка и тонкого отдела кишечника, в то время как классическое течение дизентерии представляет собой ярко выраженный колит — воспаление толстой кишки. Клиническая картина дизентерии Зонне скорее похожа на сальмонеллез. А дизентерия Флекснера протекает обычно тяжелее и часто приводит к развитию затяжных и хронических форм.

Существует в клинике дизентерии еще одна важная проблема — неполного выздоровления и развития постдизентерийных состояний. В последние годы совместными усилиями инфекционистов и гастроэнтерологов установлена связь между перенесенными в прошлом острыми кишечными инфекциями и хроническими неинфекционными заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта. После дизентерии могут надолго остаться нару-

ОСТРЫЕ

шения процессов пищеварения, переносимость отдельных пищевых продуктов, чаще всего молока, развиваться дефекты моторной функции толстой кишки, приводящие к возникновению запоров.

В подавляющем большинстве случаев указанные симптомы не свидетельствуют о формировании хронической дизентерии: больной не выделяет патогенных микроорганизмов и не опасен для окружающих. Однако постдизентерийные состояния приносят много неприятностей человеку, ухудшают самочувствие, настроение, работоспособность.

Сказанное в полной мере относится и к энтероколитами, вызванным энтеропатогенными кишечными палочками, и к другим острым кишечным инфекциям, в том числе к брюшному тифу, паратифам и сальмонеллезам.

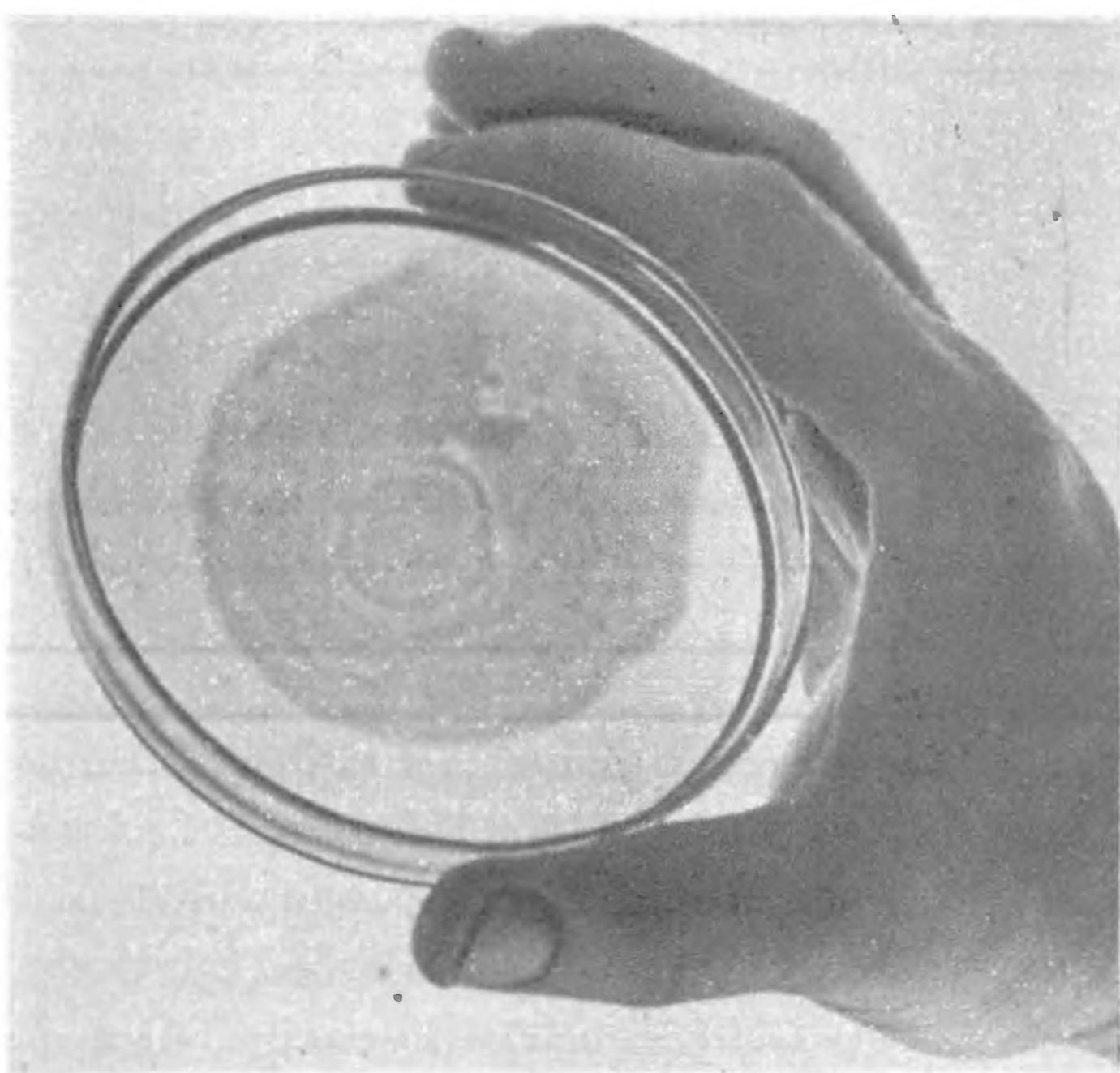
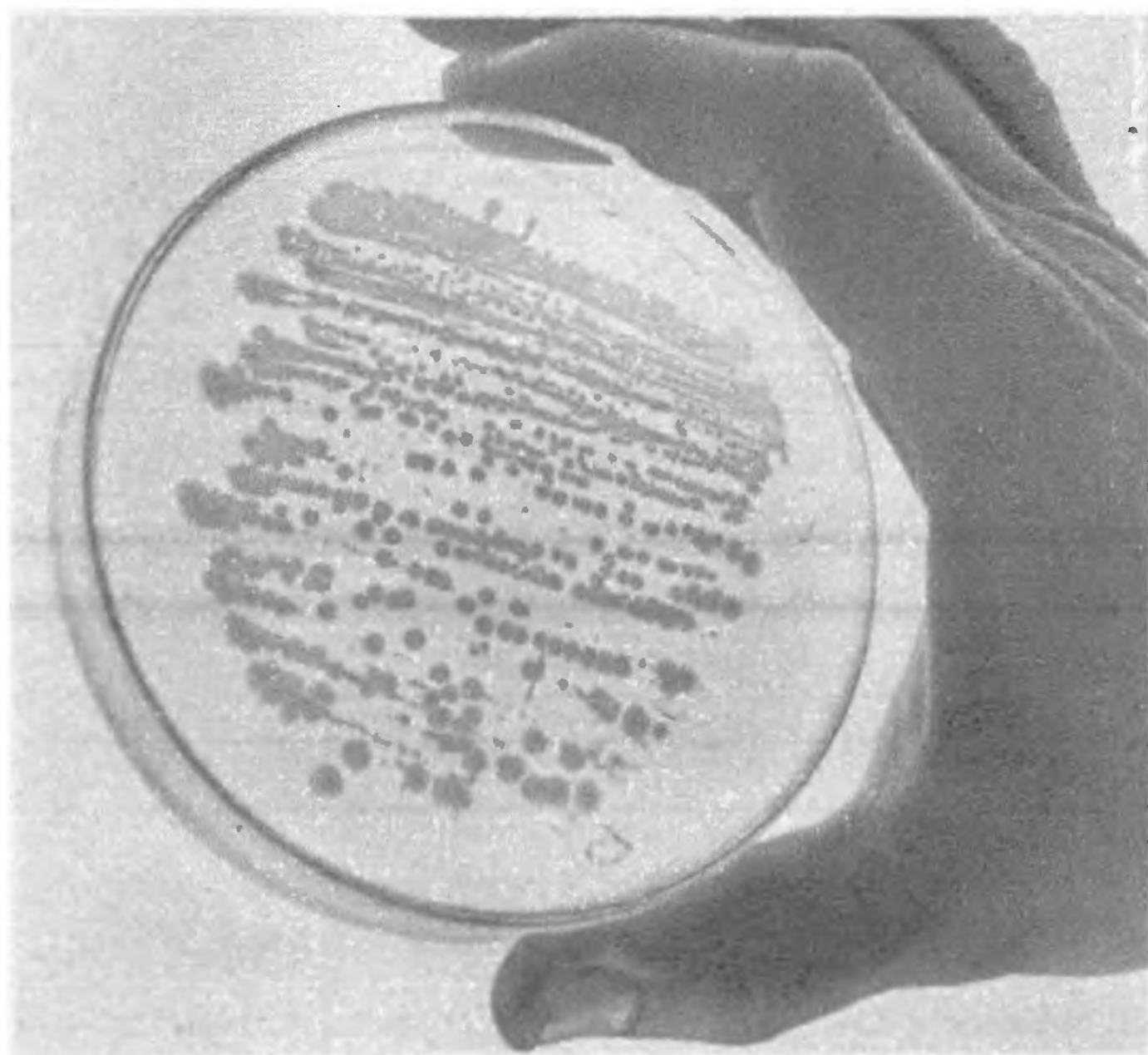
Специалисты выясняют причины возникновения подобных нарушений, разрабатывают меры профилактики и борьбы с ними.

Сейчас мысль врачей, научных работников направлена на обеспечение быстрого и полного выздоровления больных, возвращения их к трудовой деятельности. Многие делается в этом направлении, и многое предстоит сделать.

В связи с этим хотелось бы подчеркнуть, что борьбу с острыми кишечными инфекциями очень затрудняет широкое, часто нерациональное применение антибиотиков и других антибактериальных средств. Благодаря их доступности больные считают возможным не обращаться к врачу, а лечиться по своему усмотрению или совету знакомых. Но делается это «вслепую» — заболевший не знает и не может знать точно ни диагноза, ни особенностей течения заболевания, он, конечно, не может правильно выбрать антибиотик, определить дозу и курс лечения. Все это привело к тому, что очень быстро стала нарастать устойчивость микробов кишечной группы к антибактериальным средствам.

Хотя в большинстве случаев острых кишечных инфекций назначение антибиотиков не требуется, для лечения некоторых больных, особенно страдающих тяжелыми формами дизентерии, они необходимы. При этом врач строго индивидуально подходит к выбору лекарственного средства, доз и сроков лечения, учитывая клиниче-

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ



В лаборатории бактериологической диагностики инфекций Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Минздрава СССР разработан новый экономичный и весьма чувствительный способ обнаружения в исследуемых материалах некоторых видов болезнетворных кишечных бактерий, в том числе сальмонелл.

На фото вверху: изолированные колонии различных бактерий, выросшие на обычной среде. На нижнем фото: макроколония сальмонелл, выросшая на специальной питательной среде. Рост других бактерий подавлен.

скую форму, период, тяжесть течения заболевания и, конечно, общее состояние пациента.

В лечении больных острыми кишечными инфекциями все больше возрастает роль различных средств, помогающих снять симптомы интоксикации, восстановить водный и солевой обмен, улучшить кровообращение. Важное значение придается и средствам, повышающим специфическую и неспецифическую сопротивляемость организма, особенно при стертых и затяжных формах. Это лечебные вакцины, препараты крови, витамины.

Витамины вообще занимают видное место в терапии больных кишечными инфекциями. Их действие многообразно: они стимулируют защитные силы организма, положительно влияют на клеточный обмен, ускоряют процессы заживления в слизистой оболочке кишечника, нейтрализуют действие микробных токсинов.

Нельзя не подчеркнуть исключительного значения диеты в общем комплексе терапевтических мероприятий. Рациональный диетический режим необходим не только в остром периоде, но и в течение нескольких недель и даже месяцев, иногда до полугода и дольше, после перенесенной острой инфекции. Ритм питания должен быть более частым, чем обычно. Есть надо 5—6 раз в день, но малыми порциями. В рацион включают продукты, не раздражающие желудочно-кишечный тракт, легкоусвояемые, бедные шлаками. Диета должна быть разнообразной и обязательно полноценной.

Если кишечная инфекция остается нелеченой или невылеченной, возникают хронические нарушения пищеварения и всасывания, развиваются болезни желудка, печени, поджелудочной железы, кишечника. Наконец, может сформироваться бактерионосительство. Такой человек, выделяя микробов кишечной группы, создает реальную угрозу здоровью окружающих.

Хочу обратить внимание на то, что профилактика — магистральный путь к решению задачи максимального снижения заболеваемости кишечными инфекциями. Достижения в этой области огромны. И здесь уместно вспомнить слова министра здравоохранения СССР академика Б. В. Петровского:

«Важнейшим преимуществом социалистической системы здравоохранения является то, что мероприятия по предупреждению инфекционных болезней, а также по ликвидации некоторых из них носят в нашей стране широкий государственный характер, включают социально-экономические и медицинские меры».

Дальнейшие успехи в борьбе с острыми кишечными инфекциями во многом зависят от решения ряда вопросов. Они были сформулированы и детально обсуждены на сессии Академии медицинских наук СССР в октябре прошлого года, посвященной профилактике острых кишечных инфек-

ций. Среди важнейших предупредительных мер — оздоровление окружающей среды, в частности открытых водоемов, строительство новых мощных канализационно-очистных сооружений, дальнейшее развитие системы централизованного водоснабжения, индустриализация пищевой промышленности, механизация основных технологических процессов на предприятиях общественного питания, усовершенствование системы торговли продуктами товарами.

Весьма перспективны работы по созданию у населения высокого уровня невосприимчивости к той или иной кишечной инфекции. Уже имеются определенные успехи в специфической профилактике брюшного тифа с помощью очищенного Ви-антигена. Предпринимаются настойчивые попытки создания живых кишечных вакцин, приготовленных из микробов с ослабленной вирулентностью. Продолжаются поиски наилучших способов получения вакцин. Разрабатываются новые методы получения высокоэффективных поливалентных бактериофагов для профилактики дизентерии.

Нет никаких сомнений в том, что труд ученых окажется плодотворным.

Но сейчас, пока вакцинация не является решающим фактором защиты от острых кишечных инфекций, следует самое серьезное внимание уделить неспецифической профилактике, в частности соблюдению правил личной гигиены, а также мерам, повышающим общую невосприимчивость организма к инфекциям. Это — полноценное питание, сбалансированный витаминный состав пищи, соблюдение рационального режима труда и отдыха, достаточное пребывание на свежем воздухе, полноценный сон, закаливание. И самое главное — личная ответственность каждого члена нашего общества за соблюдение санитарно-гигиенических норм.

Ленинград



Отвечает
специалист

**Как делают
зондирование сердца?
Опасно ли это
исследование?**

Об этом спрашивает
читательница
В. Слышкина
(Волгоград).

Отвечает кардиолог
В. М. ШПИЛЬКИН.

В ТАКОМ исследовании нуждаются некоторые больные, страдающие пороком сердца. Его назначают не только для подтверждения диагноза, но и для более точного определения давления в полостях сердца и величины внутрисердечного объема крови. Эти показатели немаловажны при решении вопроса о необходимости оперативного вмешательства.

Исследование делают с помощью зонда, представляющего собой полую пластмассовую трубочку диаметром 2—4 миллиметра и длиной 1 метр 20 сантиметров. Он сделан из особой пластмассы, которая под действием температуры тела человека размягчается и становится очень эластичной, податливой.

Зонд обычно вводят в вену руки или бедра и осторожно проталкивают в правое предсердие и желудочек сердца, а также в легочную артерию: ведь у больных, страдающих врожденным или приобретенным пороком сердца, всегда нарушается кровообращение и в легких. Затем, если необходимо, зондируют левую половину сердца и аорту.

В тех случаях, когда требуется и ангиокардиография — исследование с помощью рентгеновых лучей, через зонд нагнетается контрастное вещество.

Бояться зондирования сердца не следует. Оно совершенно безопасно и проводится после тщательной подготовки больного. Маленьким детям его делают под наркозом.



Врач

разъясняет,
предостерегает,
рекомендует

РАЗГОВОР

Ф. И. КОМАРОВ,
член-корреспондент АМН СССР

И. Г. ДАНИЛЯК,
кандидат медицинских наук

ЛЮДИ, страдающие хроническим бронхитом, очевидно, согласятся с нами, что заболевание это серьезное. И многие из них, конечно, жалеют, что не знали об этом раньше, когда заболели острым бронхитом и относились к своему состоянию с неоправданной беспечностью. Не это ли во многом обусловило переход острого бронхита в хроническую форму?

Самые разнообразные осложнения становятся спутниками хронического бронхита. В результате длительного, изнуряющего кашля разрушаются частички функционального элемента легких — альвеолы, развивается эмфизема легких. В болезненно измененных, воспаленных бронхах могут возникнуть расширения, наполненные гноем, — бронхоэктазы. Иногда вовлекается и легочная ткань — появляется очаг пневмонии.

Организм страдающего хроническим бронхитом нередко повышенно чувствителен к продуктам жизнедеятельности бактерий, к белкам, содержащимся в мокроте. И тогда возникает бронхиальная астма. Изменения в деятельности дыхательной системы не проходят бесследно и для сердца: правому его желудочку приходится усиленно работать, преодолевая повышенное давление в малом круге кровообращения, — развивается так называемое легочное сердце.

Для чего рассказ о хроническом бронхите мы начали с перечисления возможных его осложнений? Чтобы разоблачить, говоря словами видного советского клинициста Б. Е. Вотчала, «хорошую репутацию бронхита» и показать, что он совсем не безобиден.

В чем же коварство этого заболевания? Хронический бронхит часто рецидивирует. И непросто определить, когда это случается, потому что при обострении заболевания зачастую температура не повышается, самочувствие больного остается удовлетворительным. В таком состоянии люди, как правило, не обращаются к врачу. А поскольку кашель преследует их почти постоянно, по собственному разумению принимают таблетки и порошки от кашля. Эти лекарства облегчают состояние, но ненадолго. Через некоторое время кашель даже усиливается. Почему? Средства, подавляющие кашель, затрудняют эвакуацию из бронхов мокроты. Накапливаясь, она раздражает бронхи, поддерживает воспалительный процесс, утяжеляет течение бронхита.

Чтобы предупредить многие неприятные осложнения хронического бронхита, надо обязательно не пропустить начало обострения и сразу же обратиться к врачу, который назначит необходимое лечение.

Что указывает на начавшееся обострение? Усиление кашля, зябкость, а также потливость, которая особенно беспокоит по ночам. Появляется, как говорят врачи, «симптом влажной подушки». Эти признаки скажут больше, чем показания термометра, и вот почему: у некоторых больных хроническим бронхитом температура бывает ниже нормальной и когда она повышается, то достигает нормы. И это не вызывает беспокойства, хотя самое время начинать интенсивное лечение.

В дополнение к лекарствам при обострении бронхита врачи обычно рекомендуют обильное теплое питье, если нет

С БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

склонности к отекам,—молоко, чай с малиновым вареньем, настой липового цвета. Помогают и горчичные ножные ванны. После них сразу же надо надеть шерстяные носки. Целесообразно также поставить горчичники на грудь и спину на 7—10 минут.

Чрезвычайно важно, чтобы не скапливалась мокрота. Этому способствует прием отхаркивающих и разжижающих мокроту средств. К ним относятся горячее питье, паровые ингаляции, которые можно делать дома. Чайник с кипящей водой поставьте на маленький огонь. На его носик наденьте полуметровую резиновую трубку с воронкой. Вот и все приспособление.

Учтите: отхаркивающие препараты помогают только в тех случаях, когда их принимают каждые два часа.

Удаление мокроты существенно усиливается с помощью так называемого позиционного дренажа. Больной меняет положение тела, как показано на рисунках, и форсирует выдох до тех пор, пока у него не начнется кашель и станет отделяться мокрота. Когда выделение мокроты прекращается, положение тела можно изменить. Позиционный дренаж очень хорошо очищает дыхательные пути, способствует заметному улучшению состояния.

Препараты, расширяющие бронхи, облегчают дыхание, но их недопустимо применять без назначения врача. Иначе возможны нежелательные последствия. Повышенная инди-

видуальная чувствительность к некоторым бронхорасширяющим веществам может сыграть злую шутку.

Еще более опрометчиво, ничем не обосновано и глубоко ошибочно распространенное среди некоторых больных мнение о лечебном действии алкоголя. Алкоголь быстро всасывается в кишечнике, разносится кровью по всему организму и, выделяясь через дыхательные пути, раздражает бронхи, усиливает воспаление.

Злейший враг органов дыхания—табачный дым. Вот почему отказ от курения при хроническом бронхите совершенно обязателен. Клиницисты не раз убеждались, что у пациентов, бросивших курить, облегчалось течение заболевания, а иногда даже наступало полное выздоровление.

Некоторые больные думают, что справиться с заболеванием им поможет переезд на новое место жительства. Перемещение климата оказывается благодатной не всегда. Но если уж решено переехать, надо знать, что «гнилая зима» Крыма и Кавказа не подходит больным хроническим бронхитом, полезнее сухой континентальный климат.

Пища должна быть разнообразна и калорийна, содержать достаточное количество полноценных животных белков (мясо, рыба, творог, молоко) и витаминов (овощи, фрукты).

Чаще проветривайте помещение; уборку делайте только влажным способом.

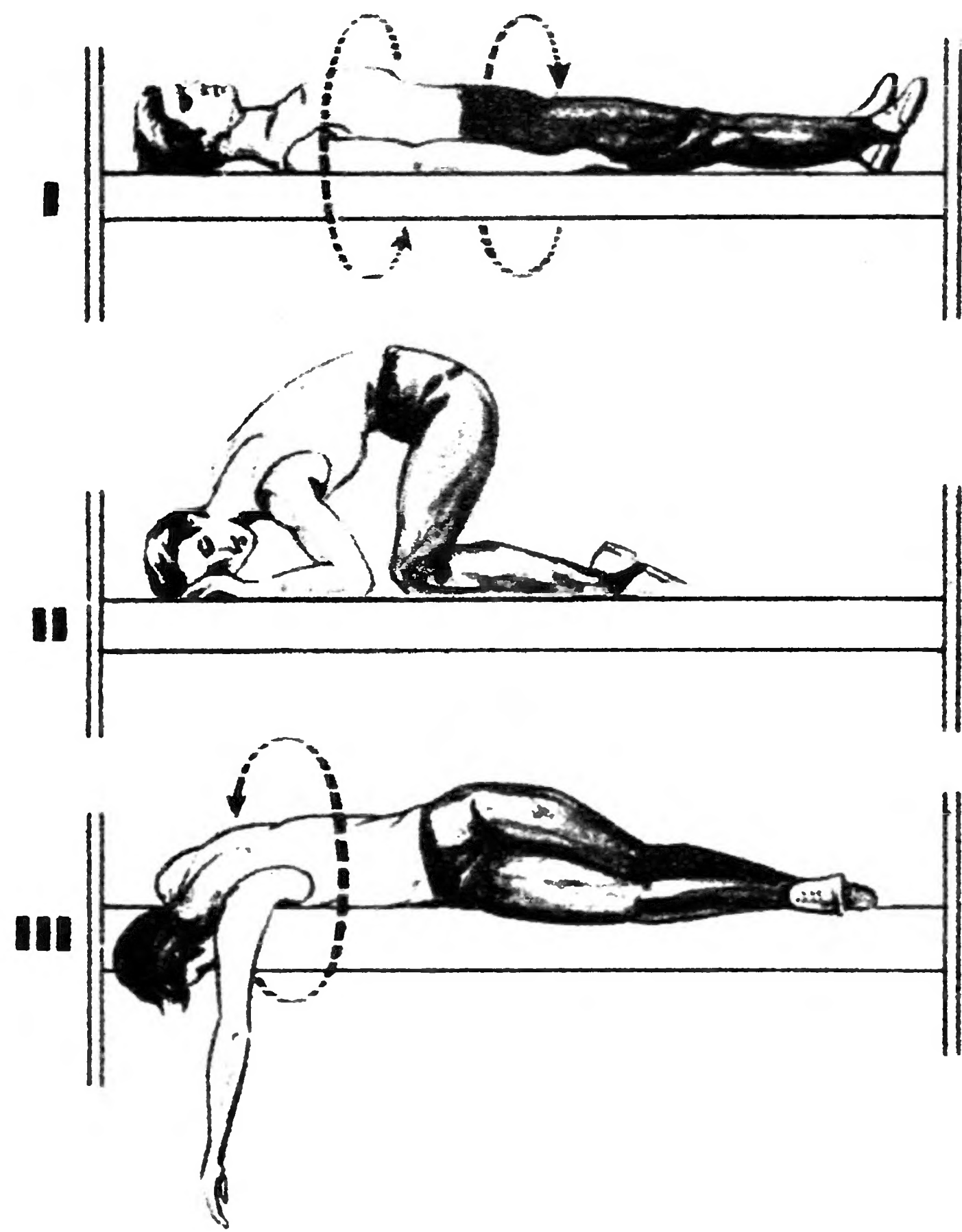
Страдающему хроническим бронхитом следует избегать охлаждения, резкой перемены температуры. Одеваться надо всегда по сезону и особенно следить за тем, чтобы не промочить ноги. Не забывайте при плохой погоде захватить с собой плащ и зонт. Ни в коем случае не носите слишком теплую одежду: у вспотевшего незакаленного человека легче возникает обострение бронхита.

И в то же время нельзя избегать свежего воздуха, бояться прогулок при холодной погоде. Главное — не перегреваться и не охлаждаться, а сам по себе холодный воздух необходим. К нему надо привыкать. И еще одно предупреждение: выйдя на улицу, не закрывайте рот и нос шарфом. Под ним скапливаются водяные пары, которые охлаждают бронхи и легкие.

Повысить устойчивость к холоду можно только одним путем—закаливанием. Посоветуйтесь с лечащим врачом, как вам лучше приступить к этому ответственному делу. Приведем лишь несколько общих рекомендаций. Вначале в течение месяца по утрам делайте сухие растирания всего тела жестким махровым полотенцем, мойте лицо попеременно чуть теплой и прохладной водой. Со временем в течение 2—3 месяцев температуру прохладной воды следует все более снижать, а теплой—повышать.

Следующий этап закаливания—общие водные процедуры, если их разрешил врач. Можно переходить к приему душа, сначала теплого, а затем прохладного; лучше это делать на ночь. Полезно ежедневно мыть ноги водой, температура которой должна постепенно снижаться. Закаливаться, разумеется, можно лишь в то время, когда нет обострения хронического бронхита.

Наряду с закаливанием необходима и физическая нагрузка. Норма ее для каждого больного индивидуальна. Если в процесс вовлечены трахея и крупные бронхи и проявления болезни незначительны, человек может и должен вести активный образ жизни, заниматься физкультурой. Когда же поражены средние и тем более мелкие бронхи (бронхиолит), больной по своим физическим возможностям подобен страдающему пороком сердца; большие физические нагрузки ему вредны. Но и больному бронхиолитом жизненно важно заниматься лечебной физкультурой под руководством и наблюдением врача.



**ПОЗИЦИОННЫЙ
ДРЕНАЖ БРОНХОВ**

I. Лечь на спину без подушки и медленно поворачиваться со спины на живот, останавливаясь после каждого поворота на 45 градусов.

II. Став на колени, наклонить голову к ладоням согнутых в локтях рук.

III. Лечь сначала на правый, затем на левый бок, свесив вниз голову и руку.

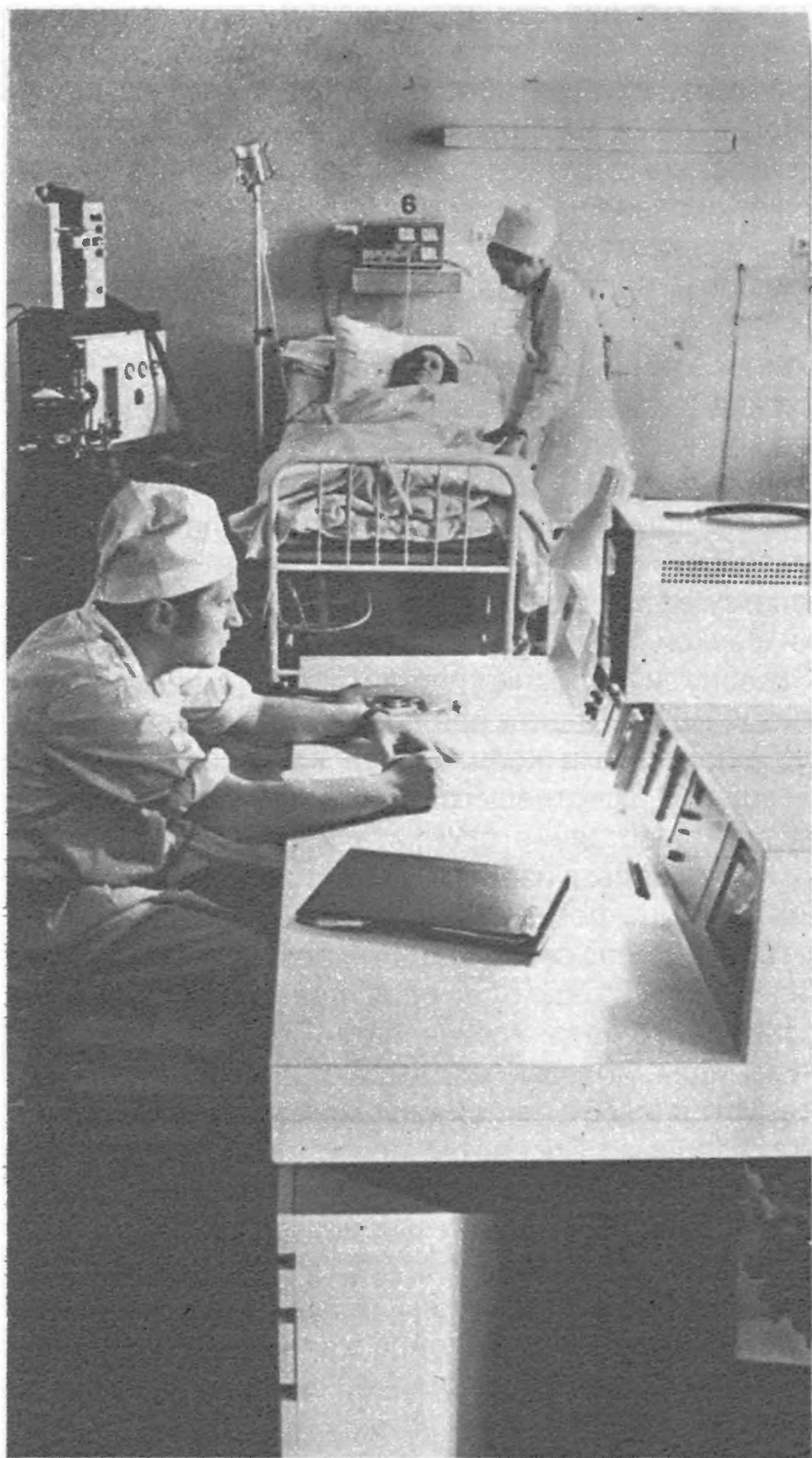
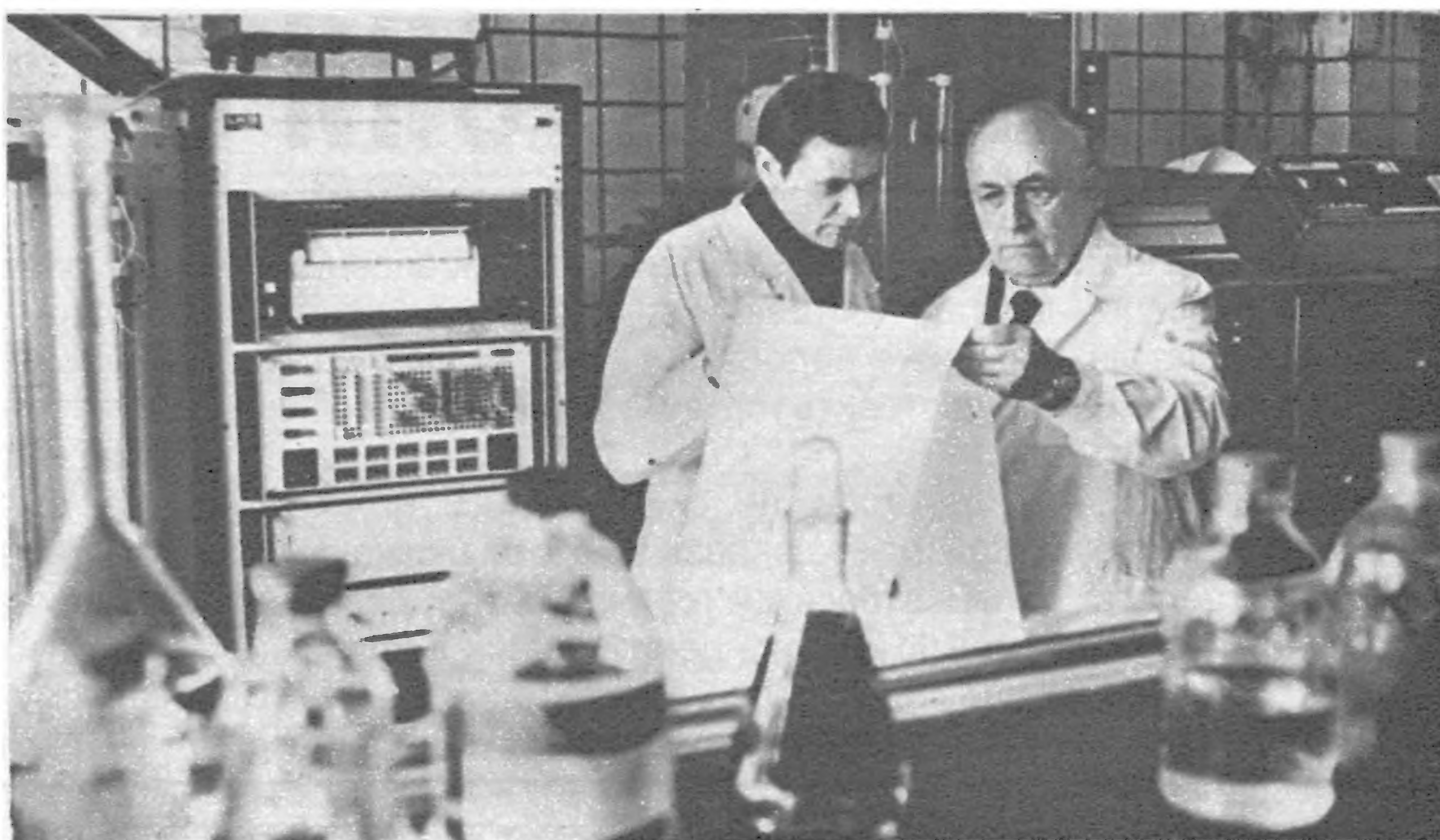
В каждом из этих положений сделать три—пять глубоких вдохов с короткими толчкообразными выдохами. Если появится кашель, следует полностью откашляться.

Руководитель отдела препаратов парэнтерально-го белкового питания, лауреат Государственной премии, профессор П. С. Васильев (справа) и старший научный сотрудник В. Я. Росляков изучают данные анализа сыворотки больного.

Послеоперационное отделение. Врач-реаниматор В. С. Исакович у монитора.

Заведующий экспериментально-производственной лабораторией, кандидат медицинских наук В. М. Русанов (справа) и кандидат технических наук Л. И. Скобелев анализируют новую программу автоматического управления процессами разделения плазмы на отдельные компоненты (фото внизу).

Уникальный «банк» крови (фото в центре).



ИНСТИТУТУ

ЗА ПОЛВЕКА своего существования Центральный ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени институт гематологии и переливания крови внес выдающийся вклад в развитие науки о крови, стал главной базой экспериментальных и клинических исследований в области трансфузиологии и гематологии.

Трудно переоценить роль коллектива института в создании широкой сети учреждений службы крови в нашей стране, в разработке научных основ донорства. Это позволило в годы Великой Отечественной войны обеспечить массовое применение крови на фронте и в тылу, спасти жизнь сотням тысяч людей.

Ученые института всесторонне изучили и внедрили в практику различные кровезаменители: противошоковые, дезинтоксикационные, а также иммунные препараты против коклюша, столбняка, ботулизма. Они значительно расширили арсенал эффективных лечебных средств.

Еще совсем недавно считалось, что холод разрушает кровь. В институте сумели сделать его своим союзником и нашли способ долговременного консервирования крови в жидком азоте при температуре минус 196 градусов.

Большое значение имеют исследования в области парэнтерального белкового питания. Созданные в институте препараты широко применяются в клиниках страны. Белковые препараты вводят внутривенно больным, которые временно не могут питаться нормальным путем из-за травм, ожогов органов пищеварения или после операции на них.

На творческом счету коллектива института немало новых методов, помогающих в диагностике и лечении различных заболеваний системы крови. Институт сегодня — это крупный научно-исследовательский центр с многочисленными прекрасно оснащенными лабораториями и стационаром.





ГЕМАТОЛОГИИ

50 лет

1943 год. Передвижная станция переливания крови № 1 (фото вверху слева). В организации десяти таких станций приняли активное участие сотрудники института.

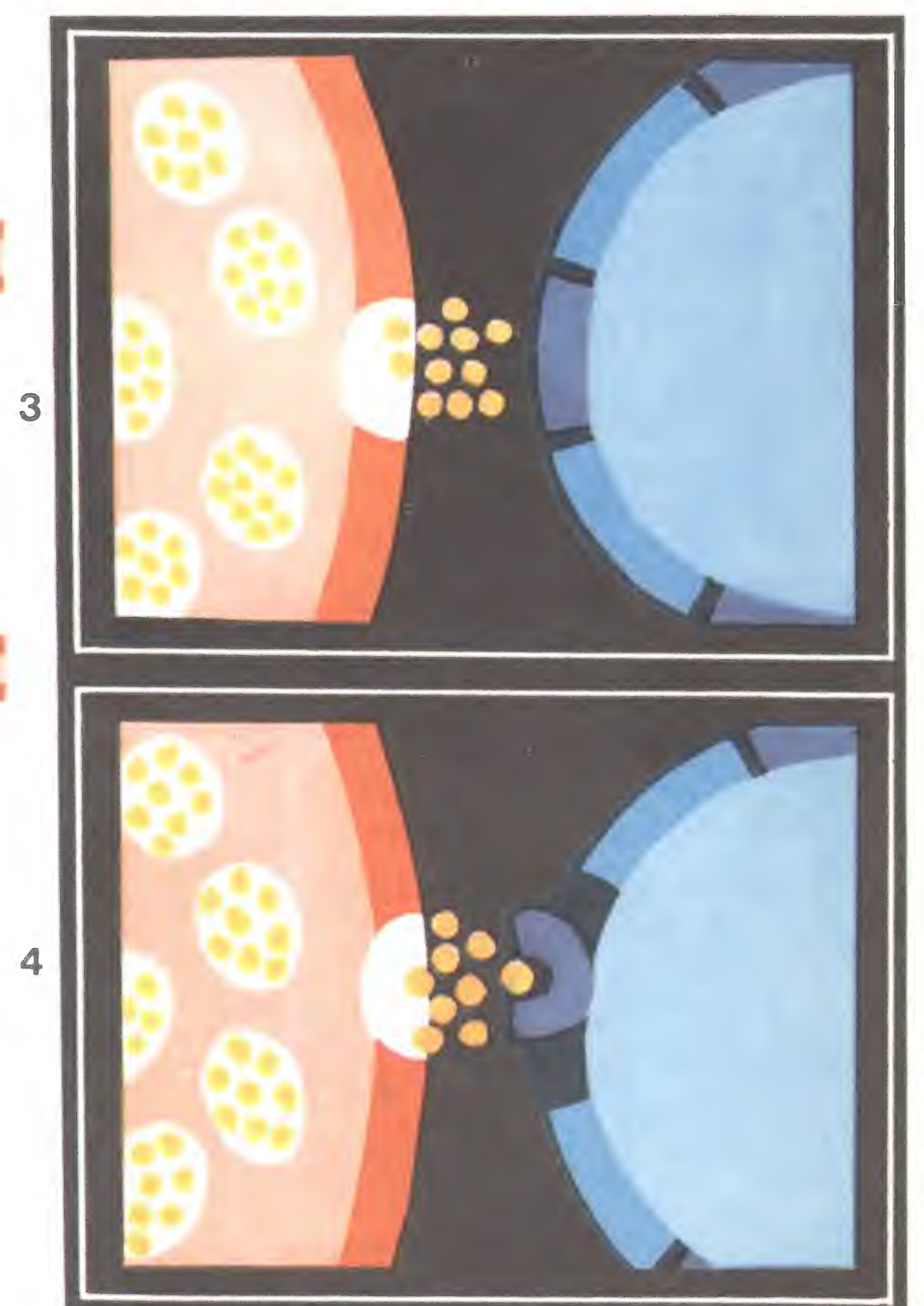
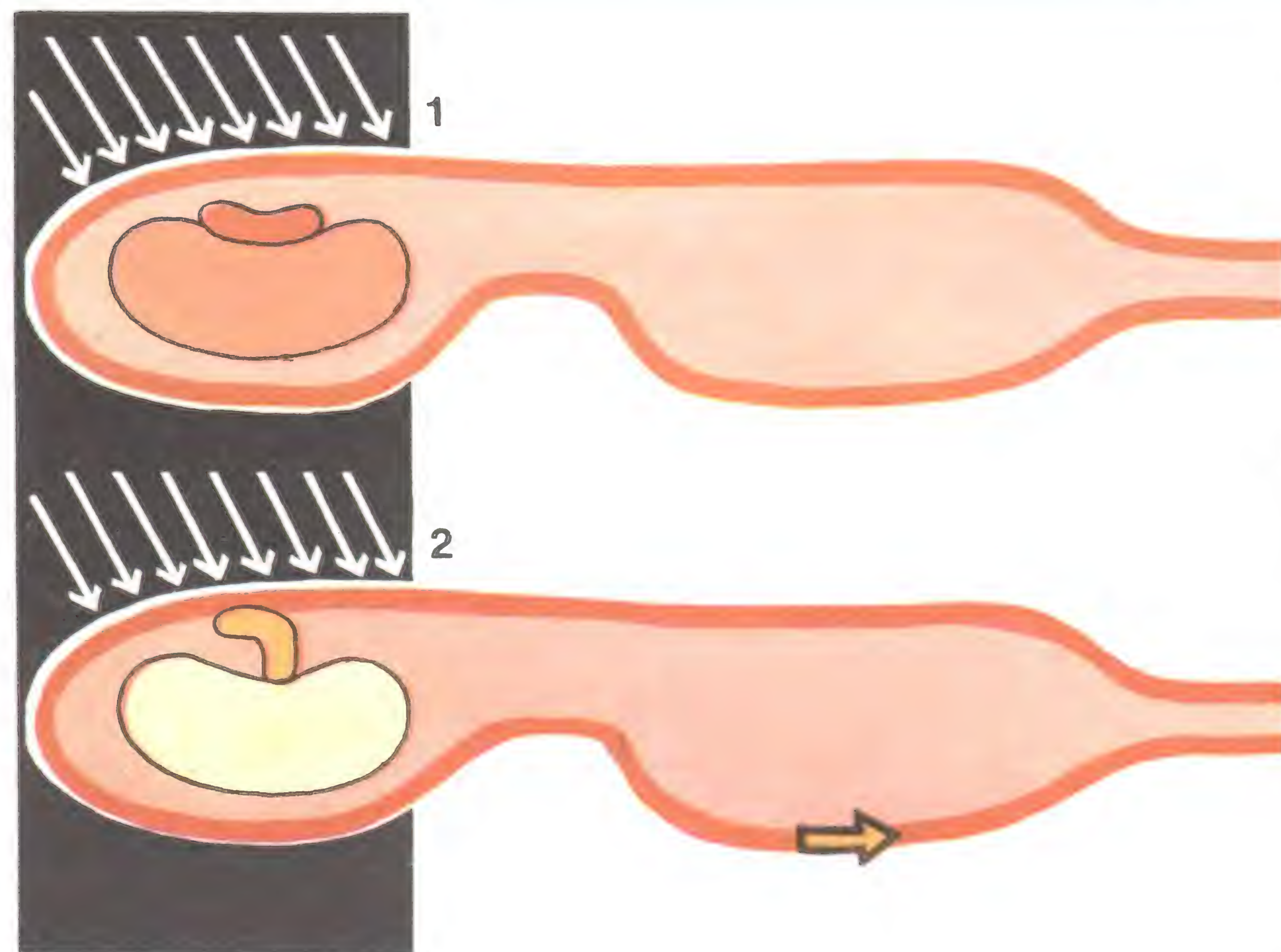
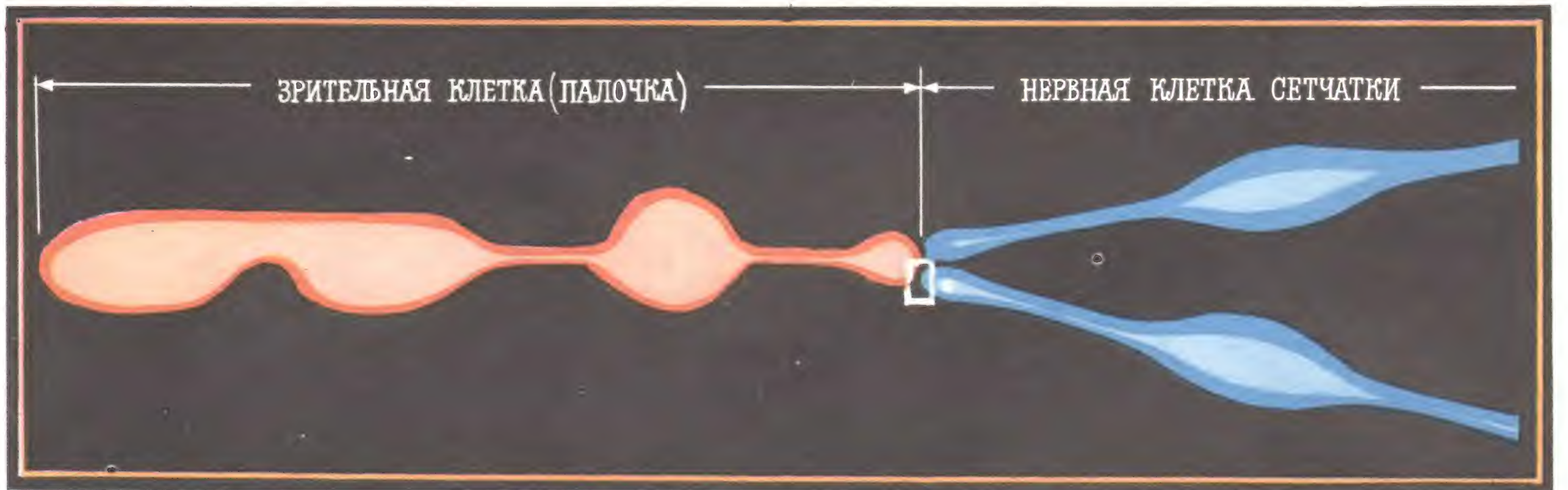
Основная продукция института: препараты из плазмы — альбумин, гамма-глобулин, тромбин, биогемостан, фибриноген (фото вверху справа); в пластиковых мешках (фото в центре) готовые для переливания компоненты крови — эритроцитная масса и плазма.

Использование пластиковых материалов позволяет брать у донора кровь в любом помещении; при этом сохраняется ее полная стерильность.

Боксированная операционная института. Так берут кровь у донора (фото внизу).

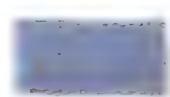


Текст Е. ЛАГУТИНОЙ
Фото Вл. КУЗЬМИНА



Художник Э. СМОЛИН схематично изобразил работу рецепторных белков, ответственных за восприятие и передачу светового сигнала. Сумеречным, бесцветным зрением мы обязаны зрительным клеткам — палочкам. Их исключительную светочувствительность в значительной мере определяет рецепторный белок родопсин. Его молекула — отправная точка светового сигнала в организме. Под действием света молекула родопсина претерпевает изменения: из розовой (1) она становится желтой (2). В процессе обесцвечивания рождается нервный фоторецепторный сигнал. Достигая синаптического окончания палочки, он передает эстафету медиатору. Этот химический передатчик информации пересекает синаптическую щель (3) и взаимодействует с рецепторным белком, встроенным в мембрану нервной клетки сетчатки (4). В результате в нервной клетке возникает электрический сигнал.

Химический и электрический сигналы, сменяя друг друга, устремляются по нервным путям к зрительному центру в коре больших полушарий головного мозга, где формируются зрительные образы.

-  МЕДИАТОР
-  РЕЦЕПТОРНЫЙ БЕЛОК
-  МОЛЕКУЛА РОДОПСИНА

БЕЛОК ПРИНИМАЕТ ИНФОРМАЦИЮ

УДИВИТЕЛЬНАЯ способность нашего организма воспринимать и анализировать информацию, поступающую из внешнего мира, а также сигналы о состоянии внутренних органов и систем, давно привлекала внимание исследователей. Но лишь в последние годы удалось в какой-то мере постичь интимные клеточные и молекулярные механизмы, обеспечивающие осуществление этой важной жизненной функции. В этой области физиологии, биохимии, биофизики наметился первый успех.

В частности, удалось установить, что вся «сигнальная система» нашего организма функционирует благодаря специфическим рецепторным (от латинского *receptio* — воспринимаю) белкам. Одни из них принимают и преобразуют сигналы из внешней среды — звуковые, световые, обонятельные, вкусовые и т. д. Другие специализированы на «внутренней сигнализации»: они осуществляют восприятие сигналов, которые посылают друг другу клетки нашего организма.

На примере восприятия светового сигнала проследим за работой рецепторных белков.

Как мы видим? «Разумеется, глазами», — не задумываясь, ответит каждый. Но он будет прав лишь отчасти. Ибо видим мы скорее мозгом: зрительные картины внешнего мира формируются в зрительном центре в коре больших полушарий головного мозга. Но посылает туда информацию, конечно, глаз. Сложная оптическая система глаза преломляет лучи света таким образом, что они попадают на сетчатку. Здесь световой сигнал принимают светочувствительные рецепторные белки — зрительные пигменты, которые находятся в зрительных клетках сетчатки глаза.

В зрительных клетках — палочках — содержится пигмент родопсин; он определяет их высокую светочувствительность. Палочки обеспечивают наше ночное, сумеречное зрение. А многообразием красок мы обязаны другим клет-

кам сетчатки — колбочкам. Роль рецепторного белка в них играет иодопсин.

Интенсивное изучение строения зрительных пигментов началось после того, как их научились экстрагировать, то есть выделять. Оказалось, что их основное свойство — способность изменять структуру под действием света. Достаточно одного кванта видимого света, чтобы началась перестройка молекулы родопсина. Этот процесс называют обесцвечиванием: при этом родопсин из розового становится желтым. Обесцвечивание идет через несколько стадий, и одна из них запускает внутриклеточные реакции, которые преобразуют световой сигнал в электрический, называемый нервным фоторецепторным сигналом.

Вся длинная цепь реакций, начиная от поглощения света молекулой родопсина и кончая возникновением фоторецепторного сигнала, проходит за тысячные доли секунды. Поистине в мгновение ока!

Фоторецепторный сигнал, рожденный перестройкой молекулы родопсина, распространяется по наружной мембране палочки и достигает ее синаптического окончания. Здесь, в мельчайших пузырьках, находится своеобразный химический передатчик информации — медиатор. Он-то и понесет сообщение следующей нервной клетке сетчатки, в мембрану которой встроен специфический рецепторный белок, воспринимающий данный медиатор. В результате их взаимодействия совершается трансформация химического сигнала в электрический. Чередуюсь, цепочка сигналов (химический — электрический — химический и т. д.) достигает зрительного центра, и мы видим окружающие предметы.

Такой механизм передачи информации характерен отнюдь не только для нервных клеток зрительной системы. Таким же способом общаются между собой нейроны, нервные и мышечные, нервные и железистые клетки и т. д.

Общение происходит в месте контакта этих клеток — синапсах. Механизм синаптической передачи принципиально всюду одинаков. Под воздействием проходящего электрического (нервного) импульса в синаптическую щель выделяется химическое вещество — медиатор. Пересекая щель, медиатор доходит до постсинаптической мембраны следующей клетки и (вот оно, ключевое событие в механизме синаптической передачи!) взаимодействует с встроенным в нее рецепторным белком.

В зависимости от природы клеток в роли медиаторов выступают различные химические вещества: ацетилхолин, норадреналин, глицин, серотонин и другие. И для каждого медиатора существует свой рецепторный белок, воспринимающий его специфическим образом. Например, химическим передатчиком в нервно-мышечном синапсе работает ацетилхолин, а белком-рецептором, соответственно, холинорецептор. Этот рецепторный белок в значительной мере помог исследователям понять механизм преобразования в синапсе химического (ацетилхолинового) сигнала в электрический.

«Охота» за холинорецептором началась в конце сороковых годов нашего века. Именно охота, потому что выделить этот белок в пробирку не удавалось долгое время. И вот почему. Зрительный пигмент родопсин имеет розовую окраску. Поэтому хотя получать его из палочек тоже непросто, но уж если получили, то можно быть уверенным, что в пробирке именно он — родопсин. Холинорецептор же, как и многие другие белки, бесцветный и «особых примет» не имеет. Значит, его надо каким-то образом пометить. Но каким?

Поиски надежной метки растянулись на годы. Много сил отдали этой проблеме советские и зарубежные ученые. «Лед тронулся» в 1970 году: почти одновременно в нескольких лабораториях мира независимо друг от друга исследователи нашли «метку». Ею ста-

ли радиоактивные молекулы нейротоксинов, выделенные из яда самых ядовитых змей. Эти нейротоксины оказались тем крючком, на который удалось наконец зацепить холинорецептор и вытащить его из постсинаптической мембраны. После отщепления нейротоксина холинорецептор восстанавливает свою способность функционировать, и его можно использовать для эксперимента.

О последних достижениях в изучении холинорецептора говорилось на V Международном биофизическом конгрессе, который проходил в Копенгагене в августе 1975 года. Из докладов специалистов явствовало, что в институтах и лабораториях мира идет неустанный научный поиск, накапливаются все новые и новые сведения о рецепторных белках. В частности, французским исследователям удалось не только выделить в пробирку весьма чистый холинорецепторный белок, но и встроить его затем в искусственную мембрану. Эта удобная экспериментальная модель мембраны нервной клетки позволит детально проследить за теми перестройками, которые происходят с рецепторным белком при его взаимодействии с ацетилхолином.

Чем же объяснить столь пристальное внимание ученых к этому и другим рецепторным белкам?

Рецепторный белок — это тот незаменимый винтик, без которого не может работать сложнейшая сигнальная система нашего организма. Например, если в палочках сетчатки содержится недостаточно родопсина, светочувствительность глаза снижается: ухудшается зрение. Изучить строение и функции рецепторных белков — значит ответить на многие и многие вопросы, стоящие сегодня перед теоретической и практической медициной. Исследователи надеются, что дальнейшее проникновение в интимные механизмы деятельности рецепторных белков поможет вскрыть первопричины многих заболеваний нервной, эндокринной и других систем организма, создать новые лекарственные препараты.

Вот почему ученые разных специальностей: физиологи, биохимики, биофизики — объединили свои усилия для изучения механизма восприятия, преобразования и передачи сигналов в организме. Цель их работы — познать природу основных жизненных процессов, познать человека на благо человека.

9 МАЯ —
ДЕНЬ ПОБЕДЫ

ДЕТИ

Я ПРИНАДЛЕЖУ к поколению, отдавшему всю свою духовную энергию, все знания и опыт делу Победы в Великой Отечественной войне.

Воспоминания военных лет живут во мне, не дают покоя. Госпитали. Раненые. Обстрелы. Пепелища разрушенных городов. Но, может быть, потому что я детский врач, чаще всего вспоминаются дети, какими они были в эту грозную годину народного бедствия.

Осенью 1941 года в Омск прибыли первые эшелоны с детьми из Ленинграда.

Встречаем детей! Одни эти слова заставляют ждать чего-то шумного, разноголосого, праздничного.

Но на перроне не было радостной суматохи, не было слышно веселых, звонких детских голосов. На перроне было горе. Паровоз подтащил к платформе серые вагоны с красными крестами. Минуты растерянности, замешательства. А потом все обрело четкий военный порядок. Одного за другим выносили мы на руках невесомых, молчаливых детей...

Работая в госпитале, я уже успела повидать немало раненых. Но видеть этих безмолвных ребят оказалось во сто крат тяжелее. Вот тут-то впервые по-настоящему коснулось меня зловещее дыхание войны!

Омичи постарались окружить своих маленьких гостей заботой и лаской. Но дети, испытавшие кромешный ад бомбежек, видевшие смерть своих близких, очень медленно приходили в себя. Особенно страшили их ночи. Услышав гул самолетов, пролетающих над городом, дети бросались к взрослым, цеплялись за одежду. Такую тревогу вызывал не только самолет, но каждый громкий стук ночью...

Их было не просто вовлечь в игру, развеселить, рассмешить. Они стали какими-то не по летам сдержанными, взрослыми — дети гордого, несдающегося блокадного Ленинграда!..

Жизненный опыт, полученный в годы войны, чем-то очень существенно отличается от всякого другого жизненного опыта. На войне с ее жестко спрессованным временем человек мог возмужать буквально за день, за час. Взрослели, проникаясь недетскими заботами, недетской твердостью, и дети.



Надо искать новый кров...

Фото Д. ТРАХТЕНБЕРГА из альбома «Подвиг Ленинграда»

И ВОЙНА

В. П. БИСЯРИНА,
академик АМН СССР

...Нашему эвакуационному пункту было приказано развернуть госпитальную базу в Воронеже. Прибыли туда, а города, по существу, нет, кругом развалины, сплошное пепелище.

Недалеко от Воронежа есть небольшой городок Бобров, вот там и расположились. Шли жестокие бои в районе Курской дуги. Стояла тягостная жара, разогретый воздух был неподвижен. И вот в один из таких дней мы начали принимать раненых. Были заполнены все имеющиеся помещения, а раненые все прибывали и прибывали. Мы стали выгружать их прямо на землю, около полотна железной дороги.

Никто не заметил, когда и как на станции появились местные ребята. Кто их звал сюда? Откуда они узнали, что здесь происходит?

Впрочем, ни одно происшествие ведь не обходится без горящих любопытством и интересом детских глаз. Но вот что удивительно: дети не просто смотрели. Ребята постарше стали помогать переносить раненых. Младшие поили их, накладывали на покрытые испариной лбы смоченные в воде тряпочки.

Конечно, детям было здесь не место. Но думаю, что никакими силами не удалось бы заставить их уйти. И надо ли было это делать? Наклонялась над раненым такая вот русоволосая, лет десяти девчушка, и он находил в себе силы улыбнуться ей...

Все время, пока шла сортировка раненых, дети были, что называется, нарасхват. Что-то от них исходило такое, что в эти горестные часы заставляло раненых приободриться, поверить: все еще будет хорошо. Не может не быть!

В отношении к детям, пожалуй, ярче всего сказывается жизненная сила народа. Я впервые подумала об этом именно тогда, под Воронежем. И потом, на фронте, не раз возвращалась к этой мысли.

Посылки раненым всегда были большим событием в жизни госпиталя. И особенно подарки от детей. Ребята посылали бойцам рисунки, стихи и разные самоделки. Очень часто на них стояла надпись «папе». Раненых, имевших детей, такая надпись трогала чуть не до слез. Если на детском подарке стоял обратный адрес, — обязательно писали ответ. Как правило, письма эти начинались со слов: «Дорогой сынок», «Дорогая дочка». А дальше каждый на свой манер благодарил, давал поистине родительский наказ: учиться хорошо, не болеть, не огорчать маму...

Надо сказать, что дети военной поры были большими оптимистами. В самое тяжкое время, когда страну сжимало вражеское кольцо и дышать становилось невмоготу, мальчики и девочки упорно рисовали нашу победу. Рисовали в небе пятиконечные красные звезды, рисовали советские танки, самолеты — огромными, яркими, а фашистские — кособокими, разваливающимися пополам...

Помню, в январе 1944 года, глубокой ночью, по бездорожью на грузовой машине мы ехали из Харькова в Полтаву. Был мороз, мела вьюга, и мы сбились с пути. Посидели, походили часа два, а потом все-таки решили искать пристанище. Наконец набрали на одинокий дом, стоявший на опушке леса.

Вошли, разместились, пригляделись и видим: стоит прекрасная елка — ветвистая, пушистая, душистая и на ней игрушки. Но какие это были игрушки! Дед Мороз сделан из гильзы снаряда, а через плечо палочка, что, оказывается, означало автомат. Вместо шаров, клоунов,

балерин висели самодельные танки, самолеты; в общем, были представлены все виды вооружения нашей армии. В дело пошли заклепки, шурупы, осколки мин...

Утром появились и хозяева этой елки — деревенские ребята. Как и все дети в те годы, они очень хорошо знали все знаки различия. И вместо обычных «дядя», «тетя» неизменно обращались: «товарищ младший лейтенант», «товарищ майор медицинской службы». И вот, увидев нас, они рассказали, что на елке у них пока только война, а ведь обязательно нужна и победа!

Мы всерьез призадумались, как же им помочь, из чего смастерить мирные игрушки. И тут я сообразила, что у меня есть вата и бинты. Из этого с известной натяжкой могут получиться куколки и Снегурочки, особенно если подкрасить их «зеленкой», йодом, акрихином. Это мое предложение вызвало бурный восторг. Как немного нужно было, чтобы доставить детям радость!

Всплывает воспоминание, к которому больно возвращаться, но которое не вытеснить из памяти, — искалеченные дети, жертвы вражеских бомбежек, обстрелов, зверств оккупантов на временно занятых территориях нашей Родины.

Иногда в прифронтовой полосе они попадали в госпитали. И здесь уж и раненые и персонал отдавали им все, что могли, старались развлечь, приласкать, утешить.

Помню, один мальчик все спрашивал: «Ведь вот зуб выпал, а потом вырос, значит, и ножка должна вырасти, да?»

Педагогика не предусмотрела подобных ситуаций, а общее правило о том, что детей нельзя обманывать, в такие минуты не очень подходило. Где было набраться сил, чтобы сказать ему: «Нет, не вырастет». Где вообще было набраться сил, чтобы смотреть на детские страдания?

Чувство ответственности перед детьми — один из великих стимулов всей деятельности человека.

Дети — завтрашний день народа, его будущее. Ради детей, ради счастья грядущих поколений насмерть стояли советские люди в те великие, незабываемые годы. И выстояли, победили!

Омск



Они не знали войны. И пусть никогда не узнают!
Фото А. Акульшина

ПРЕЖДЕ всего слово человеку, о котором предстоит рассказать,—директору Научно-исследовательского института патологии кровообращения Министерства здравоохранения РСФСР, члену-корреспонденту АМН СССР, профессору Евгению Николаевичу Мешалкину:

— Я знаю, что такое близкая смерть. Она караулила нас, кавалеристов корпуса генерала Белова, ходивших по тылам врага. И все же чужой жизнью рисковать труднее. Перед операцией мы знакомимся с нашими больными, разговариваем с их близкими. Сразу же после операции хирург должен выйти к родным и, глядя им в глаза, сказать, чем она закончилась. Тот, кто раз испытал всепоглощающее чувство такой ответственности, поймет, как тяжело потерпевшему поражение в операционной. И неправы те, кто думает, что к чужим страданиям можно привыкнуть.

...1958 год. Кардиохирургия уже прошла период становления. Хирург способен делать операции, исправляющие врожденные и приобретенные пороки сердца, операции на кровеносных сосудах. В этих успехах есть доля труда и Евгения Николаевича. Он один из тех, кто принимал участие в разработке методов современного обезболивания, включающего умение управлять функциями больного во время операции (а без этого вмешательство на сердце невозможно), а также методов зондирования и контрастного исследования сердца и кровеносных сосудов.

Однако на востоке страны, за Уралом, кардиохирургии в то время не существовало. Е. Н. Мешалкину—заведующему кафедрой грудной хирургии и анестезиологии ЦИУ в Москве

было поручено формирование института, который открылся в 1960 году в Новосибирске. В эти же годы, выезжая с бригадой хирургов в города Сибири, Дальнего Востока, Прибалтики, Казахстана, Евгений Николаевич читает лекции, смотрит больных, оперирует на сердце. В обычных операционных показывает местным специалистам, как и с чего они могут начинать, не дожидаясь, когда повсюду появятся аппараты искусственного кровообращения и дыхания.

Е. Н. Мешалкин считает, что часть операций на сердце не требует применения сложнейшей современной техники. И вот почему: при определенной степени охлаждения (гипотермии) благодаря снижению обменных процессов в организме больного клетки и ткани могут сохранять свою работоспособность при временной остановке кровообращения.

Хирург получает в свое распоряжение 10, 15 и даже 20 минут! При отработанной технике этого времени вполне достаточно для несложной и средней сложности операции на сердце.

Чем быстрее хирург оперирует на сердце, тем лучше для больного. При гипотермии к тому же практически не нужно донорской крови, следовательно, уменьшается возможность появления реакции несовместимости, или, как говорит Евгений Николаевич, «иммунного дебоша», уменьшается также и риск инфицирования.

От кардиохирурга требуется не только филигранная техника, но особое, очень тонкое чувство ритма. А поскольку на сердце оперирует не один человек, значит, необходим работающий в едином ритме ансамбль.

Как же воспитать отличных хирургов? На это может ответить любой из учеников Е. Н. Мешалкина.

— В «инкубационный» период,—говорит доктор медицинских наук Григорий Дмитриевич Мезенцев,—а он длится у наших кардиохирургов от 3 до 5 лет, Евгений Николаевич переводит нас из отделения в отделение и даже на административную и лабораторную работу. Это его принцип, его способ расширить наши знания и умение проявить самостоятельность. Получить у него трудную работу—знак искреннего внимания и доверия!

Но разве не ясно, что должностные перестановки—дополнительная нагрузка для руководителя, однако так легче выявить, к чему человек склонен, и развить его способности.

Евгений Николаевич воспитал 156 кандидатов медицинских наук и 48 докторов медицинских наук. Многие возглавляют теперь ведущие клиники и отделения в Хабаровске, Красноярске, Вильнюсе, Пятигорске, Благовещенске, Южно-Сахалинске, Иркутске... Их портреты, только меньшей величины, чем портрет учителя—академика А. Н. Бакулева, нашли место на стене кабинета, сдвинулись дружной шеренгой, плечо к плечу.

— Это Вячеслав Иванович Францев,—указывает на фотографию Евгений Николаевич,—теперь москвич, работает в МОНИКИ. А вот Михаил Израйлевич Перельман,—руководит отделением хирургии легких и средостения Научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии, возглавляемого академиком Б. В. Петровским... А вы знакомы с профессором Антоновым? Олег Сергеевич—крупнейший рентгенолог на востоке страны, владеющий хирургическими методами внутрисердечных инструментальных исследований, автор новых, оригинальных диагностических методик. Зайдите к нему в рентгенооперационную. Обязательно.

Познакомившись с хирургом-рентгенологом О. С. Антоновым, ведущими кардиохирургами института Г. Д. Мезенцевым и Е. Е. Литасовой, начинаешь понимать, почему Евгений Николаевич так гордится ими и другими своими учениками.



Герой Социалистического Труда

Е. Н. Мешалкин



Без них не может быть у него ни надежд, ни свершений, ни побед!

Е. Н. Мешалкин — убежденный клиницист. Его первое требование: занимаясь наукой, думай о больных. За время существования Научно-исследовательского института патологии кровообращения в его стационаре на 150 коек сделано 16 тысяч операций, осуществлено немало серьезных исследований, нашедших практическое применение.

— Сама наша работа дает материал для теоретических обобщений, — поясняет Евгений Николаевич. — Представьте такую на первый взгляд, казалось бы, простую вещь: во время операции у больного берется миниатюрный кусочек ткани сердца. Уже исследовано 3,5 тысячи таких кусочков. Теперь мы имеем возможность на клеточном уровне прогнозировать адаптационные возможности сердца каждого больного.

Успехи кардиохирургии невозможны без больших и малых открытий. У Евгения Николаевича их столько, что хватило бы на несколько биографий. Он автор 22 операций и методов, впервые примененных в мировой практике, впервые в СССР выполнил 32 новые операции на сердце и сосудах, имеет 9 авторских свидетельств, написал 6 монографий. Он ведет и большую общественную работу как член Советского комитета защиты мира, отмечен медалью «Борцу за мир», является членом Международного, а также Всероссийского общества хирургов, депутатом Новосибирского городского Совета депутатов трудящихся.

Родина высоко оценила врачебный и гражданский подвиг ученого. Заслуженный деятель науки РСФСР Е. Н. Мешалкин награжден орденами Ленина и Отечественной войны II степени, орденом Красной Звезды. За разработку методов диагностики и хирургического лечения пороков сердца и болезней сосудов ему присуждена Ленинская премия, а недавно присвоено звание Героя Социалистического Труда.

С. ХАРЛАМОВА

Новосибирск — Москва.

Не всегда вслед за выпиской из больницы к человеку полностью возвращается здоровье. Во многих случаях ему необходимо еще и восстановительное лечение дома. О социальных аспектах медицинской реабилитации, о механизмах восстановления функций органов и систем нашего организма расскажут материалы открывающейся сегодня в журнале рубрики. В последующих номерах специалисты дадут конкретные рекомендации по реабилитации после различных заболеваний и травм, подскажут, как лучше организовать восстановительное лечение дома.



МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

А. В. ШМАКОВ,
кандидат философских наук

ВЫ ПОЛНЫ сил, уверены в будущем... И вдруг — болезнь, длительная, нелегкая. словно замерли дни... И пусть давно миновала непосредственная угроза жизни, врачи сумели победить недуг, но какое это испытание для ума, чувств и воли человека!

Хорошо известно, что болезнь не исчерпывается только тяжелым физическим состоянием. Она влияет на психику человека, изменяет его профессиональную и социальную значимость. Преодолеть болезнь — это значит ликвидировать ее нежелательные не только физические, но и психологические и социальные последствия. Все это требует осуществления целого комплекса мер, которые составляют содержание медицинской реабилитации.

Наиболее полное ее определение было дано на IX Совещании министров здравоохранения социалистических стран, проходившем в Праге в 1967 году. На этом Совещании реабилитация в социалистическом обществе рассматривалась как «система государственных социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, ведущих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду».

Реабилитация охватывает все стороны жизни человека, учитывает все

многообразие его социально-экономических, этических, медицинских и других связей и отношений, которые складываются между людьми в медицинском учреждении, в семье, в трудовом коллективе.

Ведущая роль в разработке программы реабилитации больного и в контроле за ходом ее выполнения принадлежит врачу. Он учитывает характер заболевания, индивидуальные психологические и физические особенности пациента, его профессиональные навыки и интересы.

В острой стадии заболевания или в период обострения главное место в реабилитационном процессе занимает активная медицинская помощь. Но и тогда большое значение имеют психическое состояние больного, его настроение. Вот когда от вас, близкие, родные, друзья попавшего в беду человека, многое зависит! Помните, что не следует оставлять больного наедине с тревожными мыслями, потому что они плохие союзники в борьбе с недугом и могут увести в сторону от реальных жизненных целей.

Важно поддерживать высокий жизненный тонус больного, его положительные интересы, направленные к семье, любимым занятиям, к общественной жизни. Постарайтесь при встрече с больным порадовать его, помогайте ему сохранить теплоту человеческих отношений. Общение больного с близкими людьми — связующее звено между ним

и той социальной жизнью, которой он жил до заболевания и к которой стремится вернуться.

После окончания острого периода заболевания, когда состояние здоровья стабилизируется, человек невольно задумывается, как дальше сложится его жизнь. Перед ним возникает ряд вопросов, и прежде всего вопрос о трудоспособности. Это и понятно, так как труд определяет материальное и социальное положение человека.

Сами больные не всегда могут правильно и всесторонне оценить свои возможности. В одних случаях они необоснованно переоценивают их, в других, наоборот, недооценивают. Поэтому главный советчик в таких ситуациях — врач. Всесторонне изучив состояние здоровья своего пациента, он планирует и прогнозирует его социально-трудовую жизнь.

В процессе же выполнения плана объединяются усилия врача, больного и его близких. И больше всего усилий требуется от самого выздоравливающего. Он должен глубоко осознать, что только повседневное и настойчивое выполнение реабилитационной программы

позволит ему с наилучшим результатом прийти к намеченной цели.

Существующая в нашей стране государственная система реабилитации больных и инвалидов располагает большими возможностями. Она имеет широкую сеть учреждений, в которых больные получают всестороннюю лечебную и социальную помощь. В обучении и переобучении больных принимают активное участие органы социального обеспечения и просвещения.

В школах для бухгалтеров, счетных работников, садоводов проходят бесплатное профессиональное обучение и переобучение те, кто из-за болезни вынужден сменить профессию.

Хорошо зарекомендовали себя различные трудовые, лечебно-трудовые мастерские. Практикуется и такая форма привлечения к труду, как работа на дому.

Как сложится жизнь человека после перенесенной болезни, будет ли она активной, содержательной или бесцветной, во многом зависит от него самого, от его воли, целеустремленности, упорства в преодолении последствий недуга.

ВОЗМОЖНОСТИ

В. П. ПОДАЧИН,

доктор медицинских наук

В СВОЕЙ книге «Надежность мозга» советские ученые Э. А. Асратян и П. В. Симонов приводят такой курьезный пример. На Всемирной выставке в Брюсселе из-за незначительной поломки в счетно-решающем устройстве — выхода из строя всего-навсего одного полупроводника — современная вычислительная машина не смогла справиться с возложенной на нее работой — распределением туристов по гостиницам. И 50 тысяч человек на одну ночь остались без крова.

Насколько же надежнее человеческий организм! Может быть нарушена на значительном пространстве целостность кожных покровов, повреждены кости, мышцы, выведены из строя почка, легкие, и все же он справляется с возникшими нарушениями, продолжает функционировать.

Удивительно высокая степень надежности нашего организма, его способность противостоять вредным воздействиям внешней среды — результат длительной, на протяжении миллионов лет борьбы с опасностями, болезнями, травмами, подстерегавшими множество поколений людей.

Механизм этой защиты, пути восстановления, реабилитации нарушенных функций сложны и многообразны.

Самый совершенный путь, когда воссоздается структура пораженной ткани или органа, то есть происходит их регенерация, а вслед за ней восстанавливается и нарушенная болезнью функция. В процессе эволюционного развития по мере усложнения строения органов, выполнения ими все более многообразных обязанностей организм человека утратил способность воссоздавать целые органы. Однако он сохранил способность восстанавливать утраченные клетки. Этим свойством более всего обладают инсулярный аппарат поджелудочной железы, мышечная ткань, клетки молочной железы, слизистой оболочки желудка.

В тех случаях, когда регенеративные процессы в силу различных причин не совершаются в полном объеме, восстановление функций может происходить путем компенсации — усиливается работа оставшихся, уцелевших клеток. Если сравнить такую клетку с обычной, то нетрудно увидеть определенные различия: интенсивно работающая клетка увеличена в размере, в ней больше плазматического белка, дезоксирибонуклеиновой и рибонуклеиновой кислот. Увеличенные в размере и способные к усиленной функции клетки могут справляться с повышенной нагрузкой. Так, в пораженной гидронефрозом почке оставшиеся жизнеспособными клетки

Болезнь или несчастный случай лишили человека его профессии, другой оказался в беде до того, как приобрел специальность. В социалистическом обществе на помощь человеку приходит государство. И не только выплачивая пенсию, но и обеспечивая бесплатное переобучение или обучение. Например, в профтехучилище № 1 Московского городского отдела социального обеспечения, где сделано это фото, инвалид может получить специальность механика по ремонту и наладке швейных машин, технолога-нормировщика по холодной обработке металлов резанием, чертежника-конструктора общего машиностроения, бухгалтера промышленного учета, бухгалтера госбюджета, портного по пошиву женской, мужской, детской верхней одежды.

Фото Вл. КУЗЬМИНА



НАШЕГО ОРГАНИЗМА

узенькой полоски ткани почки, несмотря на их малочисленность, продолжают выполнять важную для организма функцию. Удаление части желудка, надрыв спинного мозга приводят к тому, что усиливается деятельность уцелевших клеток. Даже в головном мозге после тяжелых травм обнаруживаются нервные клетки, резко увеличенные в размерах.

Известно также, что в случае удаления одной молочной железы, части или целого легкого или любого другого из парных органов оставшийся работает «за двоих» — опять-таки за счет усиления функции сохранившихся клеток.

Надежность функции может быть обеспечена и с помощью других способов компенсации: дополнительную нагрузку берут на себя органы, так сказать, посторонние, которым данная функция в нормальных условиях не свойственна. Так, при скоплении азотистых шлаков в организме на помощь больным почкам приходят потовые железы, легкие и на некоторое время предотвращают самоотравление организма. В случае повреждения, например, мышц ноги вертикальное положение тела сохраняется благодаря тому, что дополнительную нагрузку берут на себя мышцы спины. Если пострадал желудок, процесс переваривания пищи компенсируется повышенной функцией тонкого кишечника, печени и поджелудочной железы. При травме крупного кровеносного сосуда боковые его веточки расширяются и обеспечивают кровоснабжение пораженного участка.

Особо хотелось бы остановиться на возможностях восстановления нервной системы. Ее высокоспециализированная ткань в обычных условиях неспособна к регенерации.

Физиологи доказали, что человек живет с тем количеством нервных клеток, какое получил от рождения. Часть из этих 10—14 миллиардов клеток погибает в процессе жизнедеятельности. Сколько? В день — десятки тысяч. Много, не правда ли? Но тем не менее подобная убыль не отражается на качестве выполняемых мозгом функций. Как видите, природа позаботилась о немалом запасе прочности в работе мозга!

Но наука ищет — и безуспешно — дополнительные резервы надежности нервной системы. Сегодня уже ясно, что тело нервной клетки погибает безвозвратно. А нельзя ли восстановить поврежденные отростки нервной клетки, если тело ее сохранено? Физиологам и клиницистам давно известно, что периферические нервы (а они являются отростками нервных клеток) после травмы прорастают в «обслуживаемую»

ими мышцу. Нельзя ли добиться такого же прорастания отростков нервных клеток, расположенных в центральной нервной системе — головном и спинном мозге?

Эксперименты говорят: можно. Но только если удастся предотвратить расхождение участков перерезанного, например, спинного мозга и в ранку не попадут кровь из поврежденных сосудов, спинномозговая жидкость, обрывки тканей.

В опытах на животных довольно эффективно оказались специальные органические клеи, которыми можно скреплять разошедшиеся части спинного мозга. Их используют вместе со средствами, стимулирующими рост волокон поврежденного мозга, такими, например, как гормоны, с препаратами, способствующими расплавлению кусочков ткани, а также предотвращающими развитие соединительнотканного рубца.

И результаты обнадеживают настолько, что мысль о восстановлении функций поврежденной нервной системы, точнее говоря, периферических отростков нервных клеток, благодаря регенеративным процессам уже не кажется фантазией. Более того, эти способы начали применяться в клинике.

Советские исследователи убедительно доказали, что все восстановительные процессы в организме протекают с участием высшего отдела мозга, обеспечивающего наиболее совершенные формы приспособления организма к условиям существования. Таким высшим органом регуляции является кора больших полушарий. Все функции человеческого организма в той или иной степени контролируются корой. Из этого не следует, однако, что другие отделы мозга не принимают участия в регуляции тех же функций. Если рассматривать строение нервной системы по вертикали, можно прийти к заключению, что центр, регулирующий какую-либо сторону жизнедеятельности организма, имеет соподчиненные центры, расположенные на разных уровнях, на разных «этажах» нервной системы. Между ними при болезни или травме устанавливаются новые функциональные отношения.

Известно, что в нервной системе существуют парные центры для правой и левой половин туловища. Если поврежден один из них, ведающий, например, движением мышц руки или ноги, оставшийся работает и за своего напарника. Когда повреждаются оба центра, их обязанности принимают на себя центры, ведающие движением других мышц. И, кроме того, нервные центры, специализированные на определенном виде деятельности, при необходимости

способны к выполнению других, не свойственных им функций.

Но все они работают, когда получают неослабевающий приток информации с периферии. Вот почему более всего ощутима для мозга потеря связи с чувствительными рецепторами кожи, мышц, связок.

Поскольку нервные центры получают информацию по весьма большому количеству каналов, а сами каналы не являются узкоспециализированными, то даже при обширных повреждениях проводников и центров остается возможность нагрузить соседние пути. Одновременно организм стремится использовать в максимально возможной степени частично уцелевшие после повреждения пути и центры.

Ученые пытались количественно выразить степень надежности нервной системы. И вот что обнаружили: при перерезке 90 процентов нервных путей спинного мозга, проводящих различные виды чувствительности, не наблюдается существенных изменений соответствующих функций. Но это при одном обязательном условии: поврежденная система организма не должна бездействовать.

Вот почему, если спинной мозг травмирован, очень важно своевременно начать тренировки. При частичном, а тем более полном разрыве поперечника спинного мозга весьма полезны пассивные движения рукой или ногой, а также массаж. Возникающие в мышцах нервные импульсы передаются в спинной мозг, стимулируя его клетки. Такая информация, поступающая с периферии к высшим отделам мозга, является важным условием сохранения их работоспособности и восстановления функций. Замечено также, что у перенесших кровоизлияние в мозг восстановление происходит тем лучше, чем больше раздражения испытывали различные органы чувств, чем более деятелен был мозг.

Организм «выбирает» способ восстановления функций в зависимости от объема повреждения и его расположения. Но во всех случаях восстановительные процессы будут протекать полнее, если сам человек сумеет им помочь, используя внутренние силы организма. Восстановление идет интенсивнее и энергичнее при специальной тренировке и соблюдении рекомендованного врачом режима.





СЕГОДНЯ ОТВЕЧАЮТ

1.

Кандидат фармацевтических наук
И. И. КОЗЫРЬ —
Р. Шарыгину,
Актюбинск.

2.

Профессор
Н. С. УТЕШЕВ —
читательнице Ф.,
Рязань.

3.

Кандидат медицинских наук
Т. Н. РУДЯКОВА —
Е. А. Пахолковой,
Ташкент.

4.

Кандидат в мастера спорта по туризму
В. А. КУКУШКИН —
Б. К. Гончарову,
Москва.

5.

Кандидат медицинских наук
В. Н. МОРДОВЦЕВ —
читательнице Дербасовой,
Константиновка,
Донецкая область.

6.

Косметолог
Н. П. ИСТОМИНА —
Е. А. Васильевой и
И. Д. Сафоновой,
Северодвинск,
Архангельская область.

КАК ПРИНИМАТЬ ТАБЛЕТКИ

1

«Из чего состоят лекарства в виде таблеток и надо ли их разжевывать или размельчать перед употреблением?»

Таблетки — наиболее распространенная форма лекарственных средств, удобная для транспортировки и хранения. Кроме собственно медикамента, они содержат вспомогательные вещества, в частности разбавители — крахмал, глюкозу, свекловичный сахар. Благодаря разбавителям достигается необходимый вес таблетки в том случае, когда количество действующего лекарства незначительно.

Агар-агар, желатин, также входящие в состав таблеток, обеспечивают их распадение в желудке или кишечнике при контакте с пищеварительными соками. Связывающие вещества — вода, крахмальный клейстер, сахарный сироп — увеличивают прочность таблеток. Иногда добавляют и безвредные для организма красители, чтобы лекарство выглядело «аппетитным». Это особенно важно для лекарств, предназначенных детям.

Способ применения любого лекарства определяется многими причинами: свойством препарата, характером заболевания, состоянием больного. Одни таблетки врачи рекомендуют класть под язык, другие — глотать, запивая водой, третьи — растворять в воде.

Размельчают или разжевывают таблетки только в том случае, когда имеется указание на упаковке, или в инструкции, или в выписанном врачом рецепте. В частности, это относится к таблеткам, в состав которых входят препараты брома, йода, хлориды и некоторые другие лекарственные средства, раздражающие слизистую оболочку желудка.

ГРЕЛКА НА ЖИВОТ: МОЖНО ИЛИ НЕЛЬЗЯ?

2

«Когда у меня болит живот, я обычно ставлю грелку. Недавно я услышала, что это вредно. Объясните, пожалуйста, можно или нельзя пользоваться грелкой?»



Без назначения врача пользоваться грелкой нельзя. И вот почему.

Причины, вызывающие сильную боль в животе, многообразны. Это может быть острый аппендицит, кишечная непроходимость, острое воспаление желчного пузыря, прободение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, разрыв трубы при внематочной беременности и многие другие заболевания. Во всех этих случаях грелка причинит огромный вред.

Тепло способствует быстрому развитию процессов разрушения и омертвления ткани воспаленного органа. В результате может произойти прободение его стенки, и накопившийся гной, излившийся в брюшную полость, вызовет воспаление брюшины — перитонит. А это — грозное заболевание, бороться с которым чрезвычайно трудно.

Кроме того, положив на живот грелку и терпеливо ожидая, когда боль утихнет, человек теряет драгоценное время. Ведь может так случиться, что у него острое заболевание, требующее неотложного хирургического вмешательства. Чем короче срок от начала заболевания до операции, тем меньше осложнений, тем благоприятнее исход. Об этом следует помнить и, как только возникла сильная боль, немедленно вызывать врача. До его прихода, чтобы облегчить мучительное состояние, можно положить на живот пузырь со льдом, снегом или холодной водой, но ни в коем случае не грелку!

ФИЗКУЛЬТУРА, А НЕ КОРСЕТ

3

«Существуют ли для исправления сутулости корсеты или бандажи?»

Исправить нарушения осанки не помогут ни корсеты, ни бандажи.

Хотите стать стройнее, систематически занимайтесь физкультурой. В утреннюю гимнастику включайте упражнения для мышц спины (разгибание корпуса в положении лежа на животе и стоя, сведение лопаток, различные упражнения с гимнастической палкой).

Если работа или учеба связаны с длительным пребыванием в однообразной позе, полезно каждые 2—3 часа делать несколько упражнений, в том числе для мышц спины.

Следите за своей походкой, за позой, когда стоите или сидите. Исправлению осанки очень помогает такое несложное упражнение. Станьте вплотную к стене, чтобы затылок, лопатки и пятки прикасались к ней. Поставив так с минутку и «прочувствовав» положение тела, пройдитесь по комнате, стараясь не менять позы. Полезны также комнатные «прогулки» с гимнастической палкой. Ее кладут за спину на лопатки и придерживают на сгибах локтей.

Положительно сказываются на осанке плавание, коньки, легкая атлетика, фехтование, баскетбол и волейбол. Эти виды спорта способствуют укреплению организма, развивают мышцы, помогают избавиться от сутулости.

СТАНКОВЫЙ РЮКЗАК

4 «Наступает лето, пора готовить туристское снаряжение. Слышал, что в продаже появился станковый рюкзак. В чем его преимущество перед другими типами рюкзаков?»



Любители дальних походов и восхождений знают, как тяжело бывает нести рюкзак, который буквально пригибает владельца к земле. Новый, станковый рюкзак «Ермак» облегчит ношу туриста. Название свое он получил благодаря станку (каркасу) из алюминиевых трубок. В отличие от бескаркасных, которые вынуждают человека сильно наклоняться вперед, новый рюкзак позволяет идти, не сгибаясь. Груз нести легче: центр тяжести приподнят на уровень лопаток и приближен к спине, благодаря поясному ремню часть нагрузки передается на таз.

К верхней части каркаса крепятся мешок из яркой водоотталкивающей ткани и регулируемые грузовые лямки с поролоновыми прокладками под плечи. Между боковинами натянуты две широкие тканевые ленты, которыми рюкзак опирается на таз и спину человека. Таким образом, каркас непосредственно не соприкасается с корпусом человека, между спиной и мешком остается воздушный зазор.

Конструкция вместительного мешка очень удобна: в нижнем отделении хранятся одежда, мягкие вещи, а в верхнем — более тяжелые: продовольствие, снаряжение. Снаружи на мешке есть еще 5 карманов для мелких вещей. В нижней части каркаса имеется место для крепления палатки, спального мешка или другого снаряжения.

ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ

5 «Просим специалиста рассказать об опоясывающем лишае».

Возбудитель этого острого инфекционного заболевания кожи — фильтрующий нейротропный вирус, близкий к вирусу ветряной оспы. Вирус поражает преимущественно периферические чувствительные нервы и кожу. Провоцируют возникновение опоясывающего лишая острые и хронические инфекции, но чаще всего — переохлаждение. Не случайно заболевание в большинстве случаев начинается в холодное время года — ранней весной, поздней осенью, зимой.

Через две недели после заражения на слегка покрасневшей коже появляются скопления мелких пузырьков с прозрачным, а иногда кровянистым или гнойным содержимым. Пузырьки могут располагаться лентообразно по ходу периферических нервов — наиболее часто межреберных, а также на лице и волосистой части головы. Порой высыпания появляются и на слизистых оболочках.

Настораживают уже первые признаки заболевания, предшествующие появлению пузырьков: зуд, жжение, ощущение онемения и жгучая боль по ходу пораженного нерва. Если немедленно обратиться к врачу-дерматологу или невропатологу и начать лечение, это поможет избежать осложнений — стойких невритов, обезображивающих рубцов на коже, тяжелых поражений глаз.

Болезнь обычно длится 2—4 недели, и после нее остается иммунитет. Хотя опоясывающий лишай редко встречается у детей младше 10 лет, их надо обязательно изолировать от заболевшего, чтобы уберечь от ветряной оспы. Эта опасность обусловлена близостью возбудителей обеих инфекций. Особенно же следует оберегать от контакта с больным опоясывающим лишаем детей, страдающих экземой: у них может развиться герпетическая экзема, исход которой порой очень тяжелый. И наоборот, для предупреждения опоясывающего лишая у взрослых они должны избегать тесного контакта с детьми, больными ветряной оспой.

ИСКУССТВЕННЫЕ РЕСНИЦЫ

6 «Хотелось бы получить ответ: не вредно ли ежедневно наклеивать искусственные ресницы?»



Длинные, пушистые ресницы, несомненно, украшают лицо, придавая глазам особое очарование. Вот почему понятно увлечение девушек и молодых женщин синтетическими ресницами. Однако мы, косметологи, советуем наклеивать их только в особо торжественных случаях, а не каждый день. Иначе собственные ресницы начнут выпадать.

Синтетические ресницы продаются обычно вместе со специальным клеем или лаком. Можно использовать также клей для грима. Применение случайных клеящих веществ грозит возникновением воспалительных или аллергических заболеваний век.

Тушью искусственные ресницы подкрашивают после того, как их наклеили на веки.

Снимать ресницы нужно осторожно, начиная от наружного угла глаза. Затем необходимо смазать веки теплым маслом (оливковым, персиковым или вазелиновым). Минут через 20—30, прикрыв глаза, промокают кожу бумажной салфеткой.

На ночь искусственные ресницы надо обязательно снимать!

РАЗЪЯСНЕНИЕ ПО ОПУБЛИКОВАННЫМ МАТЕРИАЛАМ

К. Н. Фотиадис (Ташкент), И. И. Осташев (Липецк) и другие читатели высказывают недоумение, почему профессор Е. А. Лужников в статье «Первая помощь при отравлении препаратами бытовой химии» («Здоровье» № 12 за 1975 год) пишет, что нельзя промывать желудок при отравлении кислотой или щелочью, в то время как в медицинских справочниках и пособиях указано, что в таких случаях промывание желудка (и как можно более раннее) необходимо.

Действительно, промывание желудка — один из надежных способов борьбы с отравлением токсическими веществами. Медицинские работники, оказывая помощь пострадавшему, так и поступают: промывают ему желудок с помощью зонда.

При отравлении кислотой или щелочью промывать желудок можно только через зонд.

Если же отравившемуся кислотой или щелочью дать выпить несколько стаканов воды и, нажимая пальцами на корень языка, вызвать рвоту, то содержимое желудка неизбежно повторно обожжет слизистую оболочку пищевода, глотки, полости рта и может попасть в дыхательные пути, вызвать ожог гортани.

Поскольку промывание желудка с помощью зонда разрешается делать только медицинскому работнику, а в статье речь шла о первой доврачебной помощи, то там и было сказано о запрещении промывать желудок.

Е. А. ЛУЖНИКОВ,
профессор

ВОСПАЛЕНИЕ ЛЕГКИХ

ВОСПАЛЕНИЕ легких, или пневмония, у детей первого года жизни протекает тяжело и нередко заканчивается трагически. Это объясняется прежде всего тем, что организм грудного ребенка еще очень слабо сопротивляется инфекции, с трудом приспосабливается к изменяющимся условиям внешней среды.

Особенно опасна пневмония для детей ослабленных, недоношенных, испытавших кислородное голодание в период внутриутробного развития или во время родов, а также для малышей, у которых при рождении недостаточно хорошо расправились легкие, для болеющих рахитом, анемией, отстающих в весе, росте и физическом развитии.

В большинстве случаев пневмония возникает у грудных детей на фоне гриппа, парагриппа и других острых респираторных заболеваний («Здоровье» № 3 за 1976 год). Ослабляя защитные силы организма, они создают благоприятные условия для внедрения в легкие и размножения в них различных микробов, способных вызывать пневмонию: стафилококков, стрептококков, пневмококков, эшерихий, протей, синегнойной палочки. Болезнетворные микробы могут находиться в дыхательных путях ребенка, в воздухе, которым он дышит, на предметах, с которыми соприкасается. Первые признаки пневмонии иногда появляются уже на второй—пятый день острого респираторного заболевания.

Воспаление легких может также развиваться у ребенка, если он находится в контакте с больным ангиной, фурункулезом или иным гнойно-воспалительным заболеванием.

О начавшейся пневмонии прежде всего сигнализирует **УХУДШЕНИЕ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ**

Ребенок становится беспокойным, временами вялым. Мало и плохо спит, быстро утомляется, менее активно сосет или совсем отказывается от еды. У некоторых детей возникают срыгивания, рвота; стул становится жидким.

Кожные покровы бледнеют, а вокруг носа и рта появляется синева, которая усиливается во время кормления и плача. Голос звучит сипло.

Недоношенные дети в отличие от доношенных уже с самого начала заболевания становятся очень вялыми, расслабленными (когда ребенка берешь на руки, он кажется более тяжелым); слабо реагируют на внешние раздражители, плачут беззвучно. У некоторых появляются отеки на лице, ногах, мелкие, точечные кровоизлияния на коже; воспаляется слизистая оболочка глаз.

Все это тревожные сигналы, которые должны заставить немедленно вызвать врача. Однако порой родители судят о тяжести заболевания ребенка главным образом по подъему температуры.

Хочу предостеречь: температурный показатель при пневмонии ни в коей мере не может служить основным критерием тяжести заболевания. Нередко состояние больного малыша критически тяжелое, а температура либо слегка повышается—до 37,1—37,3 градуса, либо остается нормальной, либо даже понижается. Чаще всего так бывает у ослабленных детей первых месяцев жизни.

Должны настораживать и **ИЗМЕНЕНИЯ ДЫХАНИЯ**

У ребенка появляется одышка, дыхание, как правило, учащается, а у недоно-



СИГНАЛЫ ТРЕВОГИ



шенных детей становится поверхностным, стонущим. Иногда появляются пенистые выделения изо рта.

Почти всегда бывает насморк и частый, порой мучительный, в виде приступов кашель. Но запомните: для недоношенных более характерно легкое покашливание.

Не пытайтесь бороться с насморком и кашлем у грудного ребенка разными домашними средствами. Время на бесплодные попытки уходит, а болезнь прогрессирует.

Воспаление легких — заболевание не местное, а общее. Как бы оно ни началось — остро или постепенно, в организме ребенка сразу же нарушается равновесие внутренней среды, снижается газообмен, в крови и тканях уменьшается количество кислорода, происходит накопление углекислого газа и других ядовитых продуктов обмена веществ. Все это вызывает отравление организма (токсикоз), ведет к развитию дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности.

Поэтому ребенок нуждается в срочном интенсивном комплексном лечении, которое должно проводиться с учетом индивидуальной реактивности его организма и особенностей течения пневмонии. Дома организовать такое лечение значительно труднее, чем в больнице. И если врач считает, что госпитализация необходима, не отказывайтесь и не медлите! Упустите время — потеряете ребенка! Приходится говорить об этом потому, что анализ причин смертельных случаев показывает: чаще всего они происходят тогда, когда ребенка поздно госпитализируют, либо из-за того, что родители поначалу упорно отказываются от госпитализации, либо потому, что пытаются лечить ребенка сами и слиш-

ком поздно обращаются за медицинской помощью.

Если ребенок своевременно не получает необходимого лечения, может катастрофически быстро развиваться **СОСТОЯНИЕ, УГРОЖАЮЩЕЕ ЖИЗНИ**

Ребенок становится очень беспокойным или крайне вялым, неподвижным, болезненно вскрикивает, стонет, лицо его приобретает серовато-землистый цвет. Может значительно повыситься температура, иногда возникают судороги.

Нарастает одышка, дыхание учащенное, судорожное, с усиленным, затрудненным вдохом и выдохом, с длительными паузами, а у недоношенных детей и с остановками дыхания.

Нарушения дыхания нередко сопровождаются периодическим посинением всех кожных покровов, похолоданием ручек и ножек. Могут появляться слизисто-гнойные выделения из носа и рта, которые еще больше затрудняют дыхание.

Срыгивания, рвота у многих детей учащаются; стул тоже становится частым (6—8 раз в сутки), жидким, иногда со слизью и зеленью.

Когда ребенок в таком состоянии, промедление смерти подобно! Срочно вызывайте неотложную медицинскую помощь. А до ее прибытия:

— **обеспечьте широкий доступ воздуха в комнату, где находится ребенок;**

— **уложите его в кровать, слегка повернув на бок и придав возвышенное положение голове и плечам;**

— **укройте тепло, но ни в коем случае не пеленайте туго;**

— **если появились обильные слизистые выделения, удаляйте их: из носа — ватным фитильком,**

изо рта — марлей, обернув ею черенок чайной ложки;

— **если нет судорог, давайте часто, но понемногу пить теплую воду; поставьте горчичники на верхнюю часть спины и груди и держите их до покраснения кожи 3—5 минут (малышам ставят горчичники на полотноную салфетку или вдвое-втрое сложенную марлю);**

— **если возникли судороги, окажите ребенку помощь, как указано в № 3 «Здоровья» за 1976 год.**

Когда состояние ребенка позволяет, врач может разрешить оставить его дома. В этом случае лечение педиатр организует так же, как и в стационаре. Обычно он ежедневно посещает больного, следит за его состоянием и корректирует свои назначения. Но успех лечения зависит прежде всего от родителей, от того, насколько пунктуально они выполняют все предписания, не отменяя и не изменяя их по своему усмотрению.

Если врач назначит инъекции, которые должна делать медицинская сестра (как правило, по несколько раз в день), не пытайтесь, «жалая» ребенка, самостоятельно заменить их лекарствами в таблетках!

Кормите только той пищей, в том объеме и тем способом, какие рекомендует врач. И пусть вас не удивляет, если он посоветует временно уменьшить количество пищи, но больше, чем обычно, давать жидкости. Перед кормлением очищайте малышу рот и нос от слизи. Функция сосания у него нарушена, поэтому кормить надо очень терпеливо, не торопясь.

Ребенок нуждается в охранительном режиме. Создайте ему покой, тишину, исключив всякие раздражители и кон-

такты с посторонними. Общаться с малышом должен лишь тот, кто за ним ухаживает.

Когда ребенок бодрствует, надевайте на него облегченную, не стесняющую движений и дыхания одежду — хлопчатобумажную и байковую распашонки, ползунки, шерстяные носочки. Старайтесь чаще менять положение ребенка, берите его на руки.

Температуру в комнате поддерживайте в пределах 20—22 градусов. Если воздух очень сухой, повесьте на батарею увлажнитель или мокрую простыню.

Спать днем ребенок должен при открытой форточке, летом — при открытом окне. Перед тем, как уложить, перепеленайте его и дайте теплое питье. На улицу выносите только по разрешению врача.

Выхаживая ребенка, мать должна запастись терпением, ибо пневмония у малышей первого года жизни обычно длится долго — от полутора-двух до четырех—восьми недель. И, пока врач не сочтет возможным отменить свои назначения, необходимо скрупулезно их выполнять.

У маленького ребенка, больного пневмонией, могут возникнуть осложнения, которые значительно ухудшают и удлиняют ее течение. Наиболее частые из них — воспаление среднего уха и плеврит. Вероятность возникновения осложнений увеличивается, когда лечение проводится недостаточно тщательно.

Помните: исход пневмонии во многом зависит от того, как скоро вы обратитесь за медицинской помощью. Не пропустите сигналов тревоги!



Врач

разъясняет,
предостерегает,
рекомендует

КРИТИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

С. М. БЕККЕР,
профессор

ВОЗРАСТ человека исчисляют со дня его рождения—до появления на свет он называется сначала эмбрионом, потом плодом и проводит в утробе матери в среднем 280 дней, или 40 недель.

Что же происходит в течение этих таинственных 40 недель, когда из двух соединившихся половых клеток, отцовской и материнской, видимых только под микроскопом, образуется живой человеческий организм, самое сложное, самое совершенное создание природы?

Чтобы представить себе масштабы происходящих событий, достаточно сказать, что вес плода за последние 7 месяцев внутриутробного развития увеличивается в несколько сот раз.

С первого дня зачатия начинается интенсивное развитие эмбриона. В разные сроки строго последовательно закладываются и формируются органы, развиваются хрящевая, а затем костная ткань, возникает и совершенствуется система кроветворения, появляется двигательная активность, закладываются механизмы приспособительных реакций.

Здоровье будущего человека во многом определяется наследственными факторами, носителями которых являются половые клетки родителей. Но в еще большей степени оно зависит от здоровья матери. Ведь ее организм на протяжении 40 недель является внешней средой плода. От матери он получает все необходимое для существования, от функций ее выделительной системы зависит и выведение ненужных продуктов обмена веществ плода. Поэтому любое отклонение в здоровье матери может ему повредить.

Очень существенны для будущего ребенка правильное питание и нормальный сон матери. Установлено, например, что женщины, страдающие выраженной витаминной недостаточностью, недонашивают беременность чаще, чем имеющие нормальный витаминный баланс. Небезынтересно и такое наблюдение: у беременных, спавших более восьми часов в сутки, токсикоз беременности и слабость родовой деятельности развивались реже, чем у тех, кто спал менее семи часов. Сон будущей матери должен быть удлиненным или, во всяком случае, не менее восьми часов.

На фоне постоянной зависимости плода от состояния матери можно выделить такие периоды беременности (их

называют критическими), когда будущий ребенок особенно уязвим и чувствителен к неблагоприятным внешним воздействиям.

Прежде всего это первые три месяца беременности, то есть время, когда происходит закладка и формирование тканей и органов плода.

Как показали исследования, особенно уязвим зародыш на 5—6-й день после зачатия, когда происходит прикрепление оплодотворенного яйца в полости матки, и на 4—6-й неделях беременности, когда начинается формирование плаценты (детского места).

В этот период при неблагоприятных условиях могут возникнуть пороки развития плода.

В настоящее время известно даже, на какой неделе беременности возникает та или иная аномалия развития, обнаруживаемая при рождении ребенка. Так, например, заячья губа—на 5—6-й неделях беременности, врожденный порок сердца—на 3—7-й неделях, пороки развития мозга—на 2—11-й неделях, конечностей—на 2—8-й неделях.

Второй критический период беременности, требующий особого внимания, падает на 20—24-ю недели. В эти сроки наряду с дальнейшим ростом органов плода происходит становление и развитие важнейших функциональных систем его организма, например, кровообращения, свертываемости крови и других. Повреждение плода в это время не приводит к пороку развития, но может обусловить возникновение внутриутробного заболевания.

Наконец, третий особо угрожаемый период—последние недели беременности. Повреждающие воздействия, и в частности острые инфекционные заболевания матери, в этот период могут привести к мертворождению.

Исследования биологов, фармакологов и многих других специалистов показали, что среди факторов, способных неблагоприятно влиять на плод, на одно из первых мест следует поставить лекарственные средства.

Конечно, иногда применение тех или иных медикаментов жизненно необходимо. Но часто бывает, что их принимают без надобности, беспорядочно, бесконтрольно. Трагический пример такого воздействия дало в конце шестидесятых годов увлечение беременных женщин ряда капиталистических стран препаратом талидомид, разрекламированным одним химическим концерном ФРГ как снотворное и успокаивающее средство. Последствием доверия к этой рекламе явилось рождение 10 тысяч детей с тяжелыми уродствами конечностей.

Нельзя быть спокойным за здоровье будущего ребенка, если беременность сохраняется после безрезультатной попытки прервать ее в ранние сроки разными способами, в том числе и лекарственными средствами. В медицинской литературе описано, например, рождение детей с пороками развития у матерей, принимавших с целью плодоизгнания хинин. И можно согласиться с мнением советского акушера-гинеколога профессора В. И. Бодяжиной, которая высказывает большую тревогу об исходе беременности, сохранившейся после попыток изгнать плод с помощью медикаментозных средств.

Легкомыслие, с которым некоторые женщины решаются на такой шаг, поистине необъяснимо. Ведь если ребенок столь уж нежеланен, можно прервать беременность, сделав аборт в лечебном учреждении. А вот после подобных безуспешных попыток женщины, как правило, обращаются за медицинской помощью в поздние сроки, когда оперативное вмешательство уже становится опасным.

Инфекционные заболевания матери (за исключением краснухи) редко вызывают аномалии развития плода, но могут привести к выкидышу или преждевременным родам. Такое осложнение способен вызвать, в частности, грипп,

причем последствия его могут выявиться не сразу, а через несколько недель.

Небезобидны для ребенка такие хронические заболевания матери, как, например, хронический тонзиллит, воспаление придатков матки, хронический аппендицит. Во время беременности эти дремлющие очаги инфекции часто становятся более активными. Интоксикация организма усиливается, и плод испытывает ее вредное воздействие.

Работами последних лет доказано, что неблагоприятно влияют на плод токсины различных гельминтов: они могут быть причиной отставания в развитии плода или преждевременных родов.

Особое место среди всех повреждающих факторов занимает алкоголь, оказывающий свое действие на всех этапах развития плода, начиная с первого дня, с первого часа, ибо половые клетки нетрезвого человека уже отравлены.

Если женщина употребляет алкогольные напитки во время беременности, может нарушиться развитие плода; резко возрастает вероятность преждевременных родов, врожденной слабости появившегося на свет ребенка.

Дети родителей-алкоголиков нередко страдают эпилепсией, отстают в умственном и физическом развитии, у них чаще бывают пороки развития, глухонмота, слабоумие.

С несомненностью доказан также и вред курения. У курящих женщин рождаются дети с более низким весом, менее жизнеспособные.

Конечно, воздействие любых вредных факторов может выразиться и в максимальной и в минимальной степени, оно может и пройти бесследно. Почему?

В известных границах плод ограждают от беды его собственные приспособительные реакции. К ним относится, например, шевеление. Благодаря движениям ускоряется кровообращение плода, а это обеспечивает лучшее снабжение кислородом его органов. Когда кровь плода становится беднее питательными веществами, шевеления также усиливаются.

Гемоглобин красных клеток крови плода обладает свойством связывать большее количество кислорода, чем кровь матери. К приспособительным реакциям относится также замедление или ускорение ритма сердечных сокращений плода, способствующее регуляции кровотока в плаценте в ответ на изменения, наступившие в организме матери.

Эти и многие другие защитные реакции начинают формироваться примерно с середины беременности и совершенствуются к ее концу.

Что же должна сделать мать, чтобы развитие будущего ребенка не нарушалось? Основные требования можно сформулировать кратко.

Предположив беременность, сразу же обратиться в женскую консультацию и регулярно ее посещать.

Обязательно сообщить врачу об имеющихся хронических воспалительных заболеваниях и, если до наступления беременности лечение не проводилось, начать, не откладывая, рекомендованный курс.

Не принимать без разрешения врача никаких лекарств.

Соблюдать рекомендованный режим труда, отдыха, питания.

Исключить из обихода спиртные напитки, даже самые слабые и в самых малых количествах; категорически отказаться от курения на все время беременности и кормления грудью.

Ленинград

РЕВМАТИЗМ не прощает беспечности

А. В. ЗБОРОВСКИЙ,
профессор

РЕВМАТИЗМ — инфекционно-аллергическое заболевание. Среди огромного и разнообразного мира микробов только один вид имеет отношение к ревматизму — стрептококки. И только одна узкоспециализированная их разновидность — бета-гемолитический стрептококк группы А.

Зажженная спичка может вызвать пожар, но чаще все-таки не вызывает. Чтобы возник пожар, кроме нее, нужны еще и другие условия. Так и стрептококк не обязательно вызывает ревматизм, но при определенных условиях может его вызвать.

Специфический стрептококк широко распространен в окружающей нас среде. Нередко он обитает на слизистых оболочках полости рта, носа, горла, в миндалинах. Если ослаблены защитные силы организма в результате переохлаждения или каких-либо других причин, человек заболевает ангиной, ларингитом, ринитом. Микробы, продукты их распада при этом всасываются в кровь.

И живые микробы и то, что остается после их гибели, — это белки, причем белки, чужеродные для человеческого организма. И, защищаясь от них, организм вырабатывает особые вещества — антитела, предназначенные для связывания, нейтрализации и выведения этих чужеродных белков.

Антитела — в высшей степени специфическое орудие защиты организма. Но иногда степень их избирательности уменьшается, и они начинают захватывать не только чужеродные для организма белки, но и белки собственные. Дело в том, что белки стрептококка чрезвычайно похожи на некоторые нор-



Врач

разъясняет,
предостерегает,
рекомендует

мальные белки человеческого тела, и в частности на белки тканей сердца и внутренней оболочки суставных сумок. Поэтому антитела, вырабатываемые против стрептококков, могут поражать и сердце и суставы,—развивается ревматизм.

Воспалительный процесс в суставах протекает с резкой болью, ограничивающей подчас движение руками и ногами. Больные сразу же обращаются за врачебной помощью.

Кстати, воспалительный процесс в суставах, несмотря на повторяющиеся его атаки, проходит полностью и бесследно. Хронического суставного ревматизма не бывает.

А вот сердце, пораженное ревматизмом, чаще всего не болит. Но без боли какая же болезнь? Недели две назад была ангина, а теперь легкое недомогание, нерезкая слабость, потливость, по вечерам температура поднимается до 37,2—37,5 градуса. И через силу человек заставляет себя пойти на лекцию в институт или на работу. А тем временем воспалительный процесс в сердце прогрессирует. При несвоевременном лечении он оставляет стойкие следы. Иногда это мельчайшие, видимые только под микроскопом рубцы в сердечной мышце. Если их мало, они не отражаются на работе сердца, если много, они ее нарушают. Ревматизм поражает клапаны сердца. Они сморщиваются, деформируются, частично срастаются друг с другом, нарушая нормальное прохождение крови. Так формируются пороки сердца.

Характерно, что при ревматизме претерпевает изменения и механизм выработки антистрептококковых антител. С годами они начинают вырабатываться не только в ответ на новое попадание в организм специфического стрептококка, но и в ответ на переохлаждение, катар верхних дыхательных путей, травму, ожог, аборт, воспаление легких. И тогда каждый раз может наступить обострение ревматизма.

Именно такое понимание природы ревматизма легло в основу всей системы мероприятий по борьбе с этим заболеванием, которая в нашей стране приобрела общегосударственный характер. Первая задача—уменьшение стрептококкового окружения. Этому помогает улучшение жилищных условий, широкая программа оздоровления окружающей среды, условий труда и быта.

Вторая задача—повышение защитных сил организма. Именно в нашей стране, где забота о здоровье человека является предметом постоянного внимания партии и государства, созданы все необходимые предпосылки для ее успешного разрешения, для правильного физического развития подрастающего поколения, для полноценного отдыха.

Третья задача—своевременное и до полного выздоровления лечение всех заболевших ангиной, катаром верхних дыхательных путей и другими заболеваниями стрептококковой природы. Возможности для этого у нас созданы самые широкие: разветвленная сеть медицинских учреждений, высокая обеспеченность населения врачами, необходимыми медикаментами.

Но, к сожалению, нередко сами пациенты мешают их лечить. Больному лень или недосуг сходить в поликлинику, не хочется еще неделю принимать назначенные лекарства. Некоторые считают чуть ли не героизмом нарушать рекомендации врача, раньше времени встать с постели и заняться домашними делами или развлечениями, выйти на работу с еще не вылеченной ангиной. Они рискуют своим здоровьем и наносят вред окружающим, рассеивая болезнетворные микробы, способствуя распространению инфекции.

Больных ревматизмом, как правило, направляют в стационар. И если лечение начинается вовремя, во многих случаях удастся предупредить развитие тяжелого порока сердца.

В нашей стране создана система активного диспансерного наблюдения за больными ревматизмом.

Но, к сожалению, не все ценят то, что имеют. И здоровье многим кажется тем неисчерпаемым источником, откуда можно без конца черпать энергию и силы.

Больная Н., 26 лет, инженер из Волгограда, с детства часто болела ангиной. В 14 лет перенесла суставной ревматизм. При выписке из стационара ее направили к кардиоревматологу в детскую поликлинику. В течение года девочку несколько раз вызывали туда, провели два курса лечения. В 15 лет ее перевели из детской во взрослую поликлинику. К врачу, хотя родители и настаивали, Н. не обратилась. При поступлении в институт на медицинской комиссии девушке вновь дали направление в поликлинику, но она туда не пошла.

В 22 года во время беременности появилась одышка, усилилось сердцебиение. Н. положили в роддом за месяц до родов, провели лечение, роды прошли благополучно. После этого два года наблюдалась у ревматолога, периодически проводила курсы профилактического лечения, чувствовала себя хорошо. В 25 лет переехала с семьей в другой город, в дороге простудилась, к врачу не обращалась, лечилась сама. Появились слабость, потливость, одышка при подъеме на лестницу, иногда учащенное сердцебиение. Нарастала усталость, приходилось днем ложиться отдыхать. От лечения в больнице категорически отказалась.

Летом чувствовала себя лучше. Но осенью вновь усилились слабость, одышка. Несколько раз домой приходила медсестра, приглашала зайти к врачу. Н. опять отмахнулась.

Между тем появились кашель по ночам, затрудненное дыхание. Спать стала почти сидя; иногда просыпалась от кашля, спускала с постели ноги, так было легче. В одну из таких ночей муж вызвал скорую помощь, и больную доставили в клинику.

Я не случайно подробно остановился на этом примере. Подобные ошибки, к сожалению, типичны.

Некоторые больные рассуждают так: «Я чувствую себя хорошо. Год мне делали профилактические инъекции. Теперь не посещаю врача, не делаю инъекций, и ничего не изменилось». По первому впечатлению это так, но когда вспыхивает тяжелое обострение (а оно неизбежно, если систематически не лечиться), тогда приходят запоздалые сожаления о неразумно упущенных возможностях.

Иногда больным кажется, что многокурсовая, продолжающаяся годами профилактика обострений ревматизма—слишком медленный способ лечения. Некоторые из них требуют хирургического вмешательства. Вот операция на сердце—это радикальное лечение, считают они.

Действительно, хирургия сердца сделала за последние годы громадные успехи. В нашей стране многим тысячам больных ревматизмом устранили пороки сердца хирургическим путем.

Но далеко не все пороки сердца подлежат хирургическому лечению. И кроме того, оно не заменяет, а дополняет все то же терапевтическое лечение ревматизма. Ибо ни на стрептококков, ни на измененную реактивность организма скальпель не действует. Постоянное диспансерное наблюдение, предупреждение атак ревматизма необходимы и после успешной операции на сердце.

В учении о ревматизме еще немало непрочитанных страниц. Тысячи ученых различных специальностей: терапевтов и педиатров, биохимиков и морфологов, иммунологов и фармакологов—трудятся над тем, чтобы научиться раньше распознавать, лучше и быстрее лечить страдающих ревматизмом. Все более полной становится реабилитация—возвращение больных к деятельной жизни. Но это, конечно, возможно лишь при одном условии: если человек сам ценит и бережет свое здоровье.

Волгоград

АСПИРИН И ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

А. С. ЛОПАТИН,

кандидат медицинских наук,
руководитель Всесоюзного центра
по изучению побочного действия
лекарственных средств
Минздрава СССР

ВРЯД ЛИ найдется человек, который когда-нибудь не принимал аспирин (ацетилсалициловую кислоту) — лекарство, эффективное при различных воспалительных процессах. Фармакологам известно, что в большинстве случаев препарат действует не на основную причину заболевания (бактерии или вирусы), а на отдельные его проявления. Больной получает облегчение; иногда после нескольких таблеток у него проходит головная боль, снижается температура. Отсюда и такой авторитет ацетилсалициловой кислоты.

Аспирин пользуется популярностью среди больных еще и потому, что имеет репутацию абсолютно безвредного.

Широко применяют его и для профилактики обострений ревматизма. Для этого требуются большие дозы препарата, и его используют длительно, 2—3 месяца подряд. Ацетилсалициловая кислота хорошо переносится больными и, казалось, не вызывает каких-либо побочных явлений. Однако внимание врачей привлекло то, что некоторые больные, длительно принимавшие аспирин, жаловались на боль в желудке, возникающую после еды. В анализах их кала оказались следы крови. Но только после применения гастроскопии — метода, позволяющего осмотреть полость желудка, удалось обнаружить связь острого геморрагического воспаления слизистой оболочки желудка с приемом аспирина. Врачи увидели на слизистой оболочке желудка множественные эрозии, на дне которых лежали частицы ацетилсалициловой кислоты. Взаимосвязь длительного приема ацетилсалициловой кислоты и желудочных микрокровотечений была доказана. Отмена препарата и назначение специальной диеты быстро улучшали состояние больных, восстанавливалось нормальное состояние слизистой оболочки желудка.

Практика показала, что подобные нарушения наступают не у всех больных. Видимо, у большинства слизистая оболочка желудка устойчива к повреждающему действию даже больших доз

ОСТОРОЖНО:



ЛЕКАРСТВО!

Некоторые лекарства, кроме лечебного действия, могут вызвать те или иные побочные эффекты, обусловленные повышенной индивидуальной чувствительностью организма больного к препарату либо полной его непереносимостью. Читатели должны знать об этих нежелательных эффектах лекарств, чтобы самовольно не увеличивать назначенной врачом дозы и тем более не заниматься самолечением.

ацетилсалициловой кислоты. Выяснилось и другое — быстрее повреждается слизистая оболочка желудка у людей, перенесших или предрасположенных к язвенной болезни. Желудочные кровотечения, а в некоторых случаях даже перфорация язвы желудка наступают у них иногда и после кратковременного приема ацетилсалициловой кислоты. Это подтверждают многие случаи. Приведем один из них.

В клинику поступил больной С., 62 лет, страдавший в течение 30 лет

язвенной болезнью. Простудившись, он стал пить аспирин по 1 таблетке 3 раза в день. На 4-й день у больного появились боль в животе, икота, тошнота и рвота после еды. При рентгенологическом обследовании обнаружен дефект слизистой оболочки — гигантская ниша в области луковицы двенадцатиперстной кишки и намечающийся прорыв ее стенки — начало ее перфорации. Жизнь больному спасла только экстренная операция.

Обострение хронической язвенной болезни спровоцировал прием ацетилсалициловой кислоты.

Учеными было установлено также, что повреждающее действие ацетилсалициловой кислоты на слизистую оболочку желудка усиливается, если наряду с нею принимают другие лекарства, особенно бутадиион и преднизолон. Раздражение слизистой желудка и обострение язвенной болезни проходят после прекращения приема ацетилсалициловой кислоты и под влиянием противоязвенного лечения.

Можно ли в какой-то степени снизить раздражающее действие аспирина? Да, если приняв ацетилсалициловую кислоту, обильно запить ее молоком или принимать это лекарство сразу же после еды, но ни в коем случае не натощак. Ни в коем случае нельзя также, принимая аспирин, употреблять алкогольные напитки, как это делают некоторые, борясь с простудой. Алкоголь раздражает слизистую желудка, нарушает ее защитную барьерную функцию, и повреждающее действие ацетилсалициловой кислоты усиливается.

Я рассказал о побочном действии ацетилсалициловой кислоты для того, чтобы предупредить об опасности самолечения широко распространенным, доступным и, несомненно, высокоэффективным препаратом. Предупреждение это касается в первую очередь людей, страдающих хронической язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, а также тех, кто предрасположен к язвенной болезни.

НАКАНАУНЕ ТРЕТЬЕГО СЕМЕСТРА

Студенческие строительные отряды стали школой коммунистического воспитания молодежи. Юношей и девушек в зеленой форме бойца ССО можно увидеть за Полярным кругом и на юге страны, в Казахстане, в Коми АССР. Студенческие песни звучат на Всесоюзных комсомольских стройках — Байкало-Амурской магистрали, Камском автомобильном заводе, в городах и селах Нечерноземной зоны РСФСР. Сводный отряд студентов из всех союзных республик ежегодно трудится в городе Гагарине Смоленской области. Выполняя напряженную производственную программу, бойцы возвращаются окрепшими, закаленными, полными сил для продолжения учебы.

В материалах под рубрикой «Памятка бойцу студенческого стройотряда» будут даны практические рекомендации, выполнение которых поможет укрепить здоровье юношей и девушек, вносящих свой вклад в трудовую копилку пятилетки.

СТУДЕНТЫ, включенные в состав строительного отряда, проходят тщательный медицинский осмотр и отбор.

Командиру и медицинскому работнику отряда надлежит заблаговременно составить списки студентов — бойцов ССО и сдать их в подготовительный штаб учебного заведения. В их обязанности входит также согласование с главным врачом поликлиники или здравпункта учебного заведения графика проведения медицинского осмотра и профилактических прививок. Присутствие медицинского работника отряда на медосмотре бойцов ССО обязательно. Каждого студента осматривают терапевт и хирург, а при необходимости его направляют на консультацию к другим специалистам.

Профилактические прививки следует сделать за месяц до выезда. Необходимость проведения тех или иных прививок в каждом отдельном случае определяется в соответствии с эпидемической обстановкой в районе, куда едет строительный отряд.

Медицинский осмотр и отбор бойцов ССО полагается закончить за 10—14 дней до выезда к месту предсто-

ящей работы. Сведения об осмотре и сделанных прививках регистрируются в специальном журнале учета поликлиники и заносятся в индивидуальную медицинскую карту каждого бойца ССО. Эти карты хранятся у медицинского работника отряда, а после возвращения студентов передаются в поликлинику или здравпункт учебного заведения.

Подготовительному штабу отряда необходимо своевременно приобрести нужные лекарства, перевязочный материал, медицинские инструменты и дезинфицирующие средства. Деньги перечисляет в аптеку ректор (директор) учебного заведения.

В каждом отряде должен быть санитарный актив. Численность его определяют из расчета: один санитарный активист на 10 бойцов ССО. Санитарных активистов подбирают комитеты первичной организации Общества Красного Креста и Красного Полумесяца учебного заведения совместно с командиром, комиссаром и медицинским работником отряда. Подготовку санитарных активистов проводят на базе вуза и техникума по 12-часовой программе.

Предварительную специальную подготовку должны пройти и будущие квартир-

еры, повара и завхоз отряда. Квартирьерам надо хорошо знать основные санитарно-гигиенические требования, предъявляемые к организации студенческого лагеря, правила оформления его санитарного паспорта, порядок санитарной приемки места расположения лагеря. За медицинскую подготовку будущих квартирьеров по четырехчасовой программе отвечает медицинский работник отряда. Он обязан также позаботиться о тщательном медицинском освидетельствовании будущих поваров и завхоза, оформить их санитарные книжки.

До отъезда в лагерь на базе районной санитарно-эпидемиологической станции организуются занятия поваров и завхоза по вопросам пищевой гигиены и санитарии. Программа этих занятий утверждена Главным санитарно-эпидемиологическим управлением Министерства здравоохранения СССР. На 40 бойцов полагается не менее трех поваров основного и дублирующего состава. К работе на кухне допускаются лишь те бойцы отряда, которые прошли специальную профессиональную подготовку.

Квартирьеры выезжают на место предстоящей дислокации отряда не позднее чем за 10—12 дней до приезда остальных бойцов ССО. Поэтому экзамены весенней сессии они сдают досрочно. Вместе с квартирьерами должен выехать и медицинский работник отряда.

В следующих номерах журнала мы расскажем, как быстрее адаптироваться на новом месте, каким должен быть режим труда и отдыха во время третьего трудового семестра.

В. И. ГУДИМЕНКО,
заведующий отделом
медицинского обеспечения
Центрального штаба
студенческих
строительных отрядов
ЦК ВЛКСМ



Как и в прошлые годы, летом 1976 года поездка помчат бойцов студенческих стройотрядов на великие и малые стройки пятилетки.

Фото
В. КУЗЬМИНА
(ТАСС)



По озерам Карелии. Фото В. ДОРОЖИНСКОГО



Фото Г. КОСТЕНКО

ЗАМАСКИРОВАННАЯ ОПАСНОСТЬ

Р. И. АНИСКИНА,
кандидат медицинских наук

СОБИРАТЬ грибы увлекательно. А как вкусно умеет приготовить их хорошая хозяйка! Но мало любить грибы и «грибную охоту» — грибы надо знать! Потому что наряду со множеством съедобных растут в лесах и ядовитые.

БЛЕДНАЯ ПОГАНКА

Очень опасны отравления бледной поганкой. Хотя эти грибы имеют характерный вид, иногда неопытные грибники путают их с шампиньонами, сыроежками. Вот печальная статистика: ежегодно сотни людей во всем мире погибают от отравления грибами группы поганок, содержащими чрезвычайно сильные яды — фаллоидин и аманитин. Они настолько прочно связаны с тканью гриба, что не могут быть удалены или обезврежены никакой обработкой, нерастворимы в воде и не разрушаются ферментами желудочно-кишечного тракта.

Признаки отравления появляются через 12—34 часа, когда большая часть яда уже всосалась в кровь. Это сильная боль в животе, понос, неукротимая рвота, холодный пот. Конечности холодеют, замедляется пульс. Лицо становится мертвенно-бледным, глаза западают, черты лица заостряются. Сознание обычно сохранено. Смерть может наступить на второй-третий день. При благоприятном исходе человек выздоравливает лишь через несколько месяцев.

МУХОМОРЫ И ЛОЖНЫЕ ОПЕНКИ

Красные мухоморы могут ввести в заблуждение только ребенка, а мухоморы порфиновые, пантерные, отдаленно напоминающие шампиньоны, иногда попадают в корзинку взрослого грибника. Ядовитое действие мухоморов связано с наличием в них сильного яда — мускарина и проявляется уже через полтора-два часа после употребления грибов в пищу. Первые признаки отравления: тошнота, рвота, понос, боль в животе, затем присоединяются обильные пото- и слюноотделение, порой и слезотечение, а несколько позже признаки поражения центральной нервной системы — судороги, галлюцинации, бред. Смертельные исходы редки. Как правило, через один—три дня наступает выздоровление.

Тяжелые, но не смертельные отравления вызывают ложные опенки (серно-

желтые или кирпично-красные). В них содержится ядовитый, так называемый молочный сок, который полностью не разрушается при кипячении и раздражает желудочно-кишечный тракт. Уже через 0,5—4 часа начинается сильная рвота, режущая боль в животе, понос. Иногда бывает общая слабость, сильное головокружение, судороги.

УСЛОВНО СЪЕДОБНЫЕ

Жгуче-едкий молочный сок есть и в чернушках, белянках, горькушках, валуях и густо-красных сыроежках. Но эти грибы не ядовитые, а условно съедобные. Условно съедобными они считаются потому, что их нетрудно обезвредить, предварительно отварив. Прежде чем готовить из них то или иное блюдо, их надо дважды прокипятить, каждый раз сливая отвар. Таким образом удаляется весь едкий сок.

К условно съедобным грибам относятся также сморчки и строчки. Они содержат сильный яд — гельвелловую кислоту. Эта кислота разрушает эритроциты и неблагоприятно действует на печень, почки, селезенку. В строчках найдено и еще одно ядовитое вещество — гиометрин, токсичное для нервной системы.

Отравление дает о себе знать спустя 6—10 часов после еды. Вначале отмечается чувство распирания и тяжести в желудке, затем режущая боль, неукротимая рвота. Эти симптомы обычно сопровождаются быстро нарастающей слабостью, сильной головной болью, бредом, судорогами. Особенно чувствительны к действию гельвелловой кислоты и гиометрина дети, беременные женщины и пожилые.

ДО ПРИЕЗДА «СКОРОЙ»

К пострадавшему надо срочно вызвать врача, самому ему в поликлинику идти не следует, так как многие грибные яды вызывают опасные для жизни нарушения кровообращения и деятельности сердца.

До приезда машины скорой или неотложной помощи отравившегося грибами надо уложить в постель и промыть ему желудок и кишечник, дав выпить 4—5 стаканов кипяченой воды комнатной температуры или содового раствора (одна чайная ложка

на стакан воды), или слабого (чуть розового) раствора марганцовокислого калия; после этого вызывают рвоту, нажав пальцем на корень языка. Такое промывание повторяют 5—6 раз.

Для выведения токсинов из кишечника дают слабительное: одну-две столовые ложки сернокислой магнезии (горькой соли) растворяют в стакане воды. Ее надо выпить сразу же после промывания желудка. Ребенку дошкольного возраста (5—7 лет) эту дозу уменьшают вдвое.

Очистить кишечник можно и с помощью клизмы. Для этого взрослому требуется 1,2 литра воды, ребенку дошкольного возраста — стакан.

Некоторые пытаются нейтрализовать яд коньяком, спиртом, водкой. Это категорически запрещается, так как алкоголь усиливает кровообращение, что ускоряет всасывание яда в кровь.

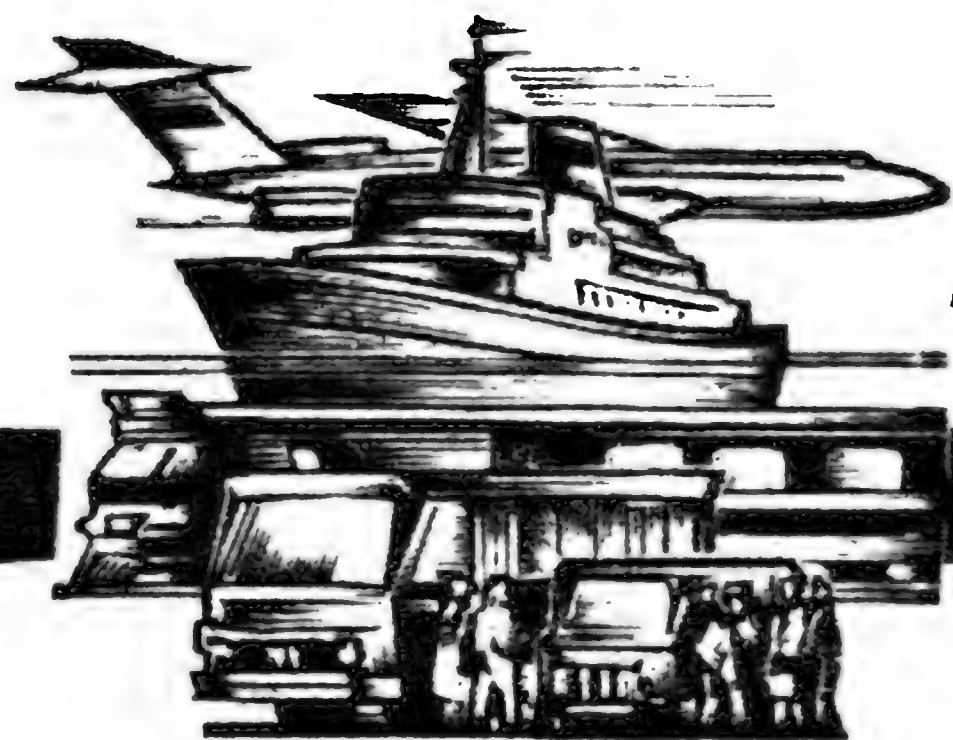
Чтобы облегчить состояние человека, рекомендуется положить на живот и к ногам теплые грелки. При судорогах икроножных мышц на голени кладут горчичники.

Для борьбы с обезвоживанием организма, вызываемым рвотой и поносом, нужно давать пострадавшему прохладный крепкий чай, кофе или слегка подсоленную воду.

Если дыхание становится частым, поверхностным, затрудненным, делают искусственное дыхание по способу «изо рта в рот» или «изо рта в нос» (см. «Здоровье» № 1, 1975 г.).

Обычно после принятых мер через 1—1,5 часа самочувствие больного улучшается, и иногда он отказывается ехать в больницу. Если врач настаивает на госпитализации, оставаться дома не следует, так как нет гарантии, что яд из организма выведен полностью.

Остатки грибов, вызвавших отравление, не выбрасывайте: может возникнуть необходимость их анализа в лаборатории.



ВОЗДУШНЫМИ ТРАС

ТЕМ, КТО В ПУТИ

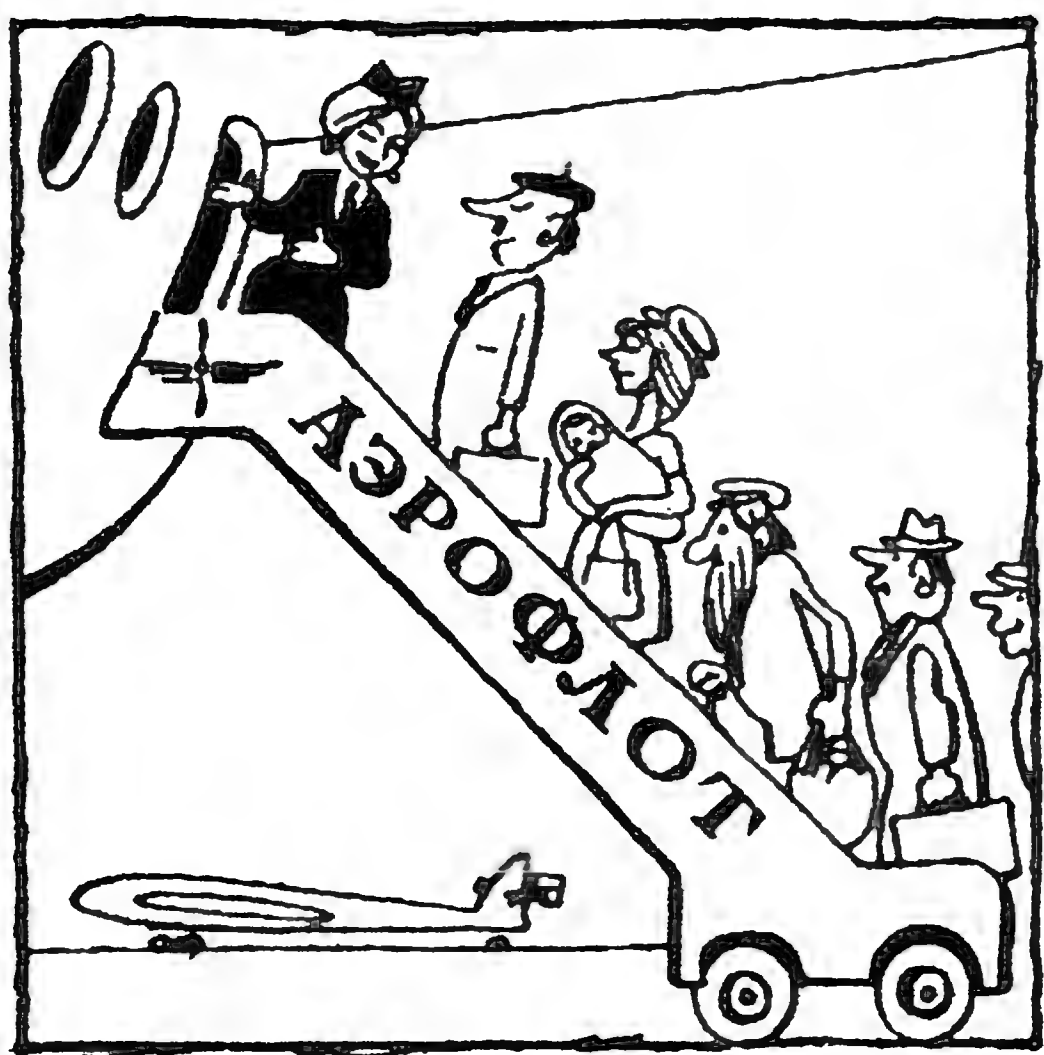
ТЕМ, КТО В ПУТИ

В. Ф. ТОКАРЕВ,

заместитель начальника
медико-санитарного
управления
Министерства
гражданской авиации СССР

— ВНИМАНИЕ!
Объявляется по-
садка на рейс номер...

Командированный с щего-
леватой папкой, женщина с
малышом на руках, седоборо-
дый старик с авоськой, пол-
ной апельсинов, поднимают-



ся по трапу спокойно и буд-
нично.

Теперь как-то даже трудно
представить, что в первый
пассажирский рейс люди от-
правлялись, как на подвиг.
Кабина продувалась всеми
ветрами, сильно качало, и
воздухоплаватели, преодо-
лев 420 километров от
Москвы до Нижнего Новгоро-
да, чувствовали себя насто-
ящими героями.

1923 год стал годом нача-
ла регулярного воздушного
сообщения в нашей стране.
Сегодня самолеты Аэрофло-
та связывают более 3500 го-
родов и поселков Советского
Союза; общая протяженность
внутренних воздушных линий
составляет 800 тысяч кило-
метров. Только за один 1975
год Аэрофлот перевез более
98 миллионов пассажиров и
около 2,5 миллиона тонн гру-
зов и почты, а санитарные
самолеты и вертолеты совер-
шили более 200 тысяч выле-

*Пути-дороги... С помощью современных средств сооб-
щения сокращаются большие расстояния. Любые поездки
ныне стали обыденным и привычным делом. И все-таки...*

*Все-таки далеко не каждый знает права и обязанности
пассажиров, не каждый ведет себя в поездках разумно.
Новая рубрика, которую мы сегодня открываем, посвяще-
на гигиене и этике пассажиров наиболее распространен-
ных видов транспорта.*

тов во имя спасения жизни
людей.

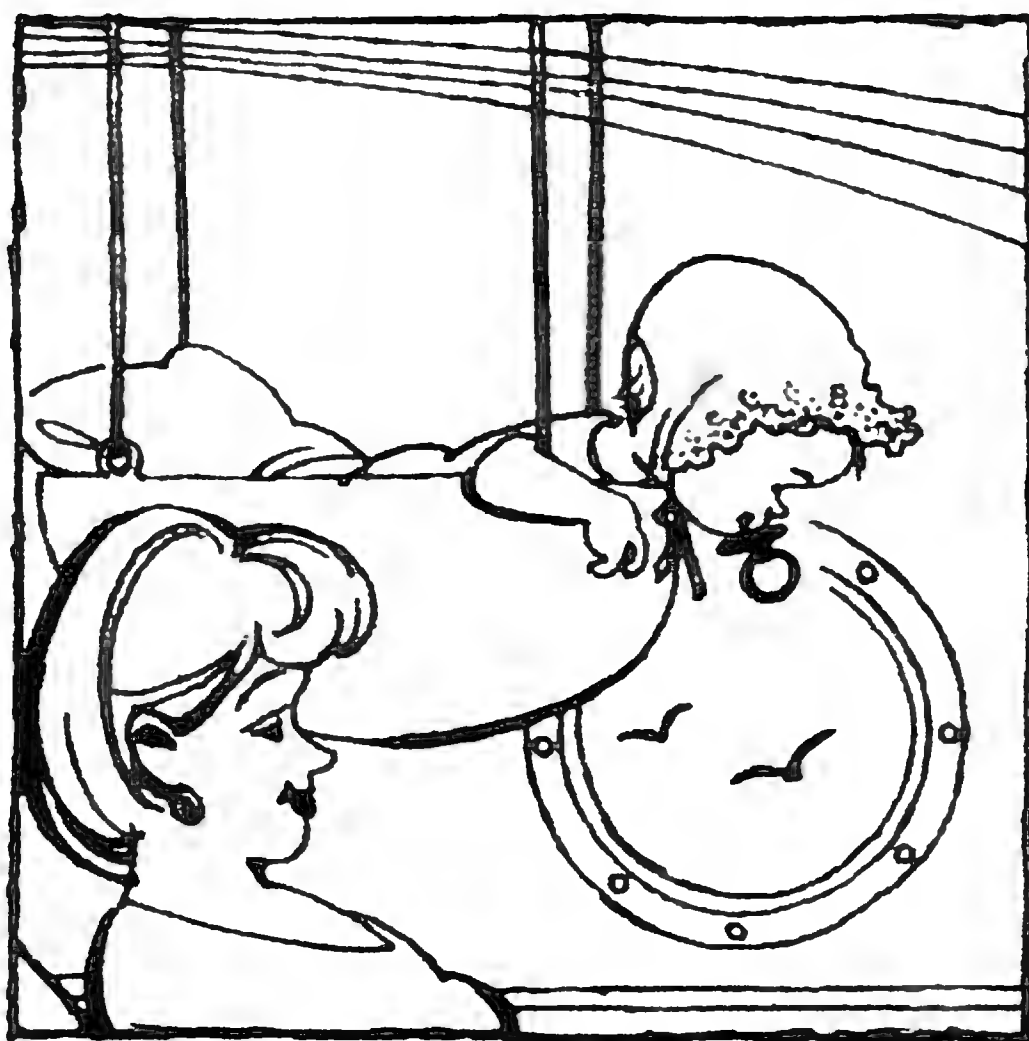
Совершенствуется меди-
цинская служба гражданской
авиации. В любое время суток
заболевший пассажир полу-
чит квалифицированную по-
мощь в медицинском пункте
аэровокзала; при крупных
аэровокзалах созданы меди-
ко-санитарные части, куда в
случае необходимости может
быть госпитализирован вне-
запно заболевший в пути
человек.

Порой на поле рядом с
воздушным лайнером можно
увидеть машину с красным
крестом — по сигналу с борта
самолета медицинский работ-
ник встречает инвалида или
прибывшего на санаторно-
курортное лечение человека,
которому трудно передви-
гаться. Предусмотрен также
порядок встречи и посадки в
самолет под наблюдением
медицинских работников
аэровокзалов тяжелоболь-
ных, направляемых на лече-
ние в клиники республикан-
ских и областных центров.
Недавно введено новое пра-
вило: таким больным предо-
ставляются вне очереди ме-
ста на рейсовые самолеты.
Надо только предъявить в
кассу заключение медицин-
ского работника медпункта
аэровокзала.

Существуют и противопо-
казания к полетам. Это в
первую очередь касается
больных острозаразными за-
болеваниями. Не следует ле-
тать и тем, у кого часты при-
ступы стенокардии, кто пере-
нес менее 5—6 месяцев назад
инфаркт или инсульт, а также
больным глаукомой в стадии
декомпенсации. Врачи не ре-
комендуют также воздушный
транспорт страдающим
острыми и хроническими за-
болеваниями уха.

А если во время полета
вдруг почувствует недомога-
ние кто-либо из пассажиров?

Он должен без стеснения об-
ратиться к бортпроводнику.
На самолете есть бортовая
аптечка, и стюардесса доста-
точно квалифицированно
окажет помощь: даст необхо-
димые медикаменты, сделает
перевязку и может даже...
принять роды (такие случаи у
нас бывали, и не единожды).
В курс обучения бортпровод-
ников входит изучение пра-
вил оказания первой, довра-



чебной помощи. А в состав
бригады бортпроводников,
обслуживающих пассажиров
на длительных и зарубежных
рейсах, включается стюар-
десса, имеющая среднее ме-
дицинское образование.

Особым вниманием Аэро-
флот окружает малышей. В
аэропортах открыты детские
комнаты; в салоне самолета
ребенка можно уложить
спать в съемную подвесную
колыбельку, распеленать его
на специальном столике.

Как правило, в современ-
ных самолетах, особенно в
таких быстроходных воздуш-
ных лайнерах, как ИЛ-62, ТУ-
134, ТУ-154, ЯК-40, пассажи-
ры чувствуют себя не хуже,
чем в собственной квартире.
И все-таки еще живуче мне-
ние, будто в полете обяза-
тельно укачивает. Поэтому
некоторые «новички в небе»
заранее настраивают себя на
«болтанку» и держат нагото-
ве бумажный пакет. Между

тем в салоне самолета чело-
век подвержен укачиванию
не больше, чем на железной
дороге или в автомашине.
Надо только стараться не
прислушиваться к своим ощу-
щениям, а отвлечься, почи-
тать интересный журнал, по-
беседовать с соседом или
попробовать задремать.

Повторяю, укачивает в са-
молете очень немногих, а вот
уши закладывает часто. Из-
бавиться от этого несложно,
стоит сделать несколько гло-
тательных движений или по-
сосать карамель, которую
вам предлагает стюардесса
при взлете и перед посадкой.

Теперь несколько слов о
поведении пассажиров. Летя-
щие в первый раз порой чув-
ствуют себя излишне скован-
но, а «бывалые», наоборот,
бродят по салону даже тогда,
когда световое табло еще не
погасло; несмотря на предуп-
реждения, кладут багаж на
полки, не думая о том, что
ручная кладь может упасть
на головы пассажиров. Они
частенько не пристегивают
привязные ремни, предохра-
няющие от ушибов, возмож-
ных при взлете и приземле-
нии самолета.

К сожалению, многим зна-
ком бесцеремонный тип пас-
сажира. Такой не стесняется
беспокоить сидящих рядом,
то и дело откидывая свое
кресло, шумно играя в карты
с приятелями или того ху-
же — прикладываясь к бу-
тылке. А разве не признак
бескультуры — расталкивая
других пассажиров, проби-
раться к трапу, стремиться
первым выйти из самолета,
окуривать табачным дымом
соседей?

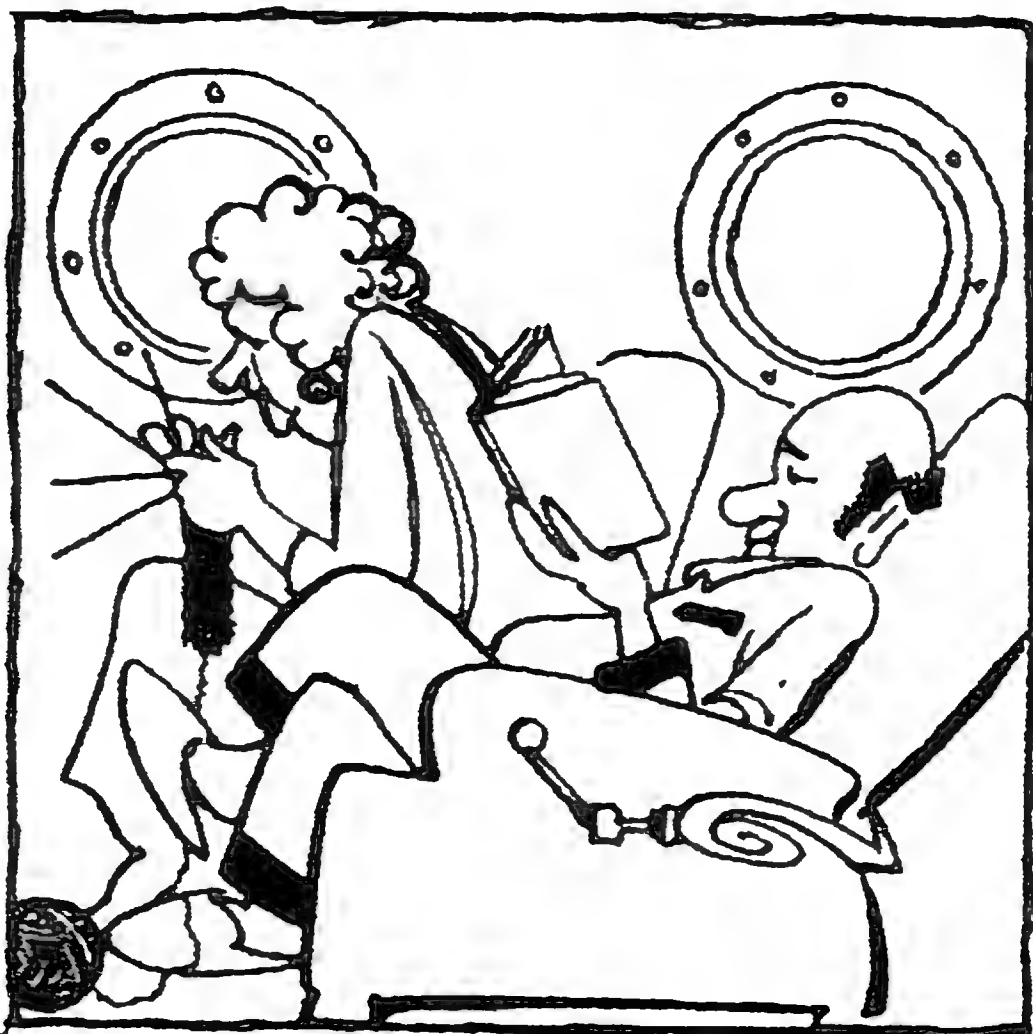
Стоит, думается мне, еще
раз напомнить: в рейсах про-
должительностью до 3 часов
в самолете курить запреще-
ется! Но и в дальних рейсах
курить можно лишь с разре-
шения сидящих рядом.

Несколько советов соби-
рающимся в полет. Перед
воздушным путешествием по-
старайтесь хорошенько вы-
спаться. Разумнее всего по-
есть за 2—3 часа до вылета.
Безусловно, не стоит «отме-
чать проводы» обильной тра-
пезой и горячительными на-
питками. Расплата за невоз-

держанность — отвратительное самочувствие.

Нередко приходится нам наблюдать и такую картину: пассажир или пассажирка (обычно люди пожилые) появляются в аэропорту за несколько часов до вылета. Они томятся в зале ожидания, нервно прислушиваются к голосу диктора, вскакивая при каждом объявлении очередного рейса. Такие пассажиры, несомненно, утомятся еще до того, как взойдут по трапу в самолет. Разумнее, конечно, приезжать в аэропорт или на аэровокзал к сроку, указанному в билете.

Пассажирам Аэрофлота нет необходимости набирать в дорогу увесистые сумки со снедью, как еще делают не-



которые. В коротком полете вы не успеете проголодаться, а в длительном получите вкусную горячую пищу. Брать еду целесообразно только для маленьких детей.

Небольшая информация для любителей воздушных путешествий. В ближайшие годы Аэрофлот получит новые, более комфортабельные и быстроходные самолеты «третьего поколения», в частности широкофюзеляжный ИЛ-86.

Значительно больше удобств предусматривается и на земле. Ведутся работы по благоустройству аэровокзалов на местных воздушных линиях. В аэропортах будет расширена сеть гостиниц для транзитных пассажиров.

САМОМАССАЖ И ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДАРТЕРИИТЕ

М. Ф. ГРИНЕНКО,
доцент

В. М. СВЕШНИКОВ,
мастер спорта

Самомассаж и лечебная физкультура как составная часть комплексного лечения особенно эффективны в начальной стадии заболевания.

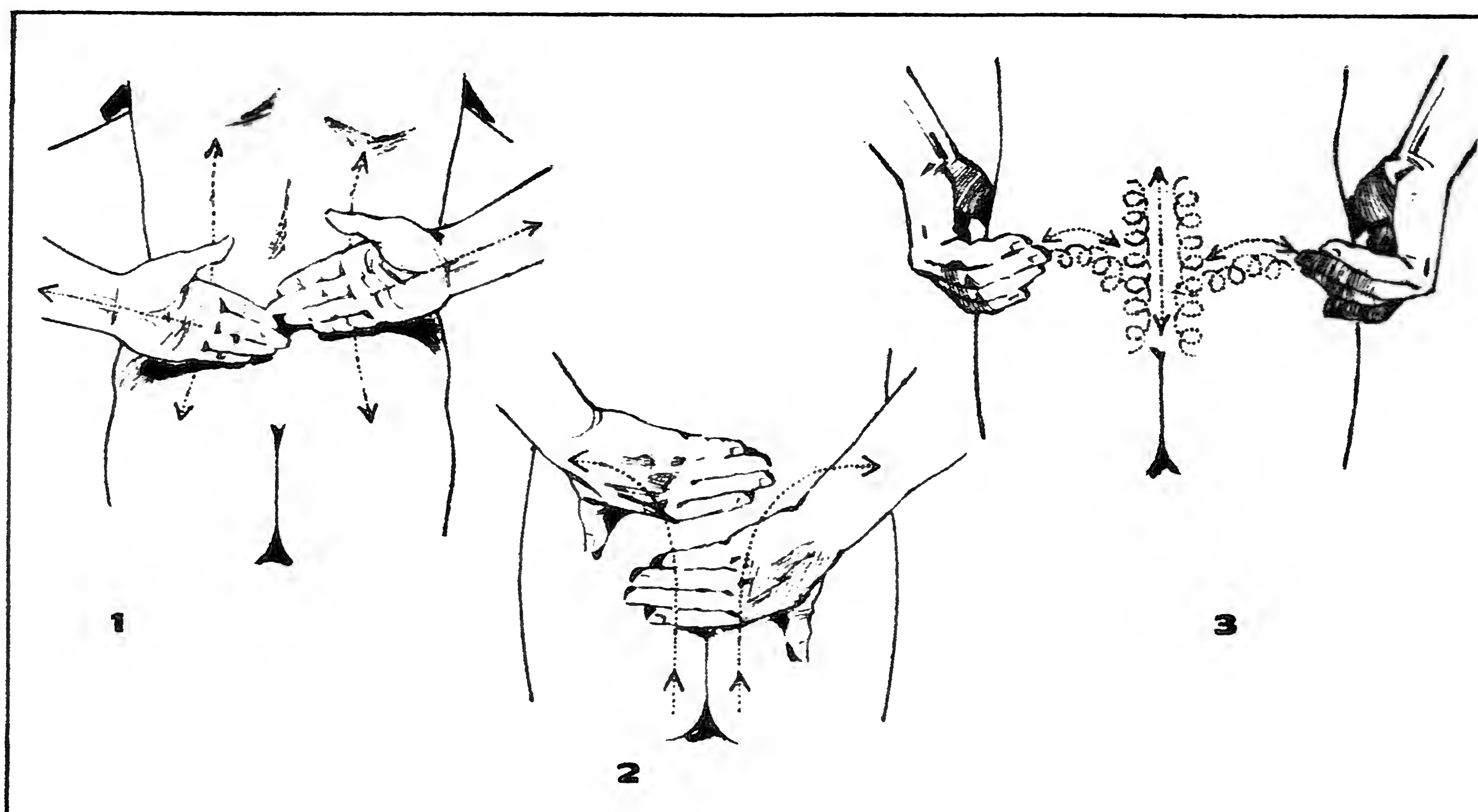
С их помощью можно добиться уменьшения спазмов сосудов ног, улучшения кровообращения, развития дополнительного — коллатерального кровотока. Часто уже через несколько недель после начала занятий исчезает тяжесть, боль в ногах. Человек может пройти значительно большее расстояние без появления так называемой перемежающейся хромоты. Приступать к занятиям можно только с разрешения лечащего врача и начинать их осторожно, памятуя, что чрезмерные физические нагрузки могут привести к ухудшению состояния. Заниматься лучше два раза в день: утром и днем или вечером. Вечером из комплекса лечебной гимнастики исключаются упражнения в положении лежа. Это уменьшает общую нагрузку на организм.

САМОМАССАЖ

Проводится в проветренном теплом помещении. Старайтесь не задерживать дыхание, по возможности больше расслаблять мышцы. Руки можно присыпать тальком или детской присыпкой.

Самомассаж спины и пояснично-крестцовой области. Встать, ноги на ширине плеч, обе руки за спину. Тыльной стороной кистей поочередно делать поглаживание от позвоночника к бокам в промежутке от ягодиц до лопаток (рисунок 1). В этом же положении сделать поглаживание ладонями в области копчика и крестца. Руки продвигают от ягодиц к пояснице, а затем от позвоночника к бокам (рисунок 2).

Кисть слегка согнуть, пальцами произвести вращательные растирающие движения по обе стороны позвоночника ниже поясницы, одновременно продвигать



гая руки от копчика к пояснице и обратно. Затем по верху тазовых костей в стороны и снова к копчику (**рисунок 3**). Растирание можно проводить и так называемым штрихованием: пальцы совершают короткие движения вверх-вниз.

Такие же несильные растирания полезно проделать на копчике и крестце. На **рисунке 4** показано, как это можно сделать с помощью штрихования.

Самомассаж спины и поясничной области заканчивают поглаживанием.

Самомассаж ягодиц. Встать на левую ногу; правую, слегка согнув, отвести назад и чуть в сторону, расслабленно поставить на носок. Ладонью правой руки сделать поглаживание правой ягодицы от бедра вверх и в сторону.

Кончики пальцев — на средней части ягодичной борозды; погрузить их в мягкие ткани и на седалищном бугре в пределах 2—3 сантиметров вверх и 3—4 сантиметров влево и вправо сделать растирания: вращательными движениями пальцев (**рисунок 5**) или штрихованием.

На большой ягодичной мышце, надавливая всей ладонью, сделать выжимание, а затем разминание. Для этого захватить мышцу и мягко ее разминать между большим и четырьмя остальными пальцами, продвигая руку снизу вверх (**рисунок 6**).

Самомассаж закончить легким потряхиванием мышц и поглаживанием.

Встать на правую ногу и проделать эти приемы на левой ягодице.

Самомассаж бедра. Сесть на стул, опереться на его спинку, массируемую ногу положить перед собой на табурет (стул), подложить под коленный сустав мягкий небольшой валик;

при этом голень свободно опускается вниз. Другую ногу несколько отвести в сторону. От колена вверх сделать поглаживание бедра, вначале поверхностное, а затем более глубокое, несколько усилив надавливание. Поглаживание можно делать одной рукой или попеременно двумя.

Слегка согнув кисти, пальцами нежно произвести вращательные растирающие движения (**рисунок 7**) и растирание штрихованием боковых участков сустава. Продвигая руки вверх, с наружной стороны бедра — до таза, с внутренней — до четверти бедра, повторить растирание и поглаживание (**рисунок 8**).

Затем на передней поверхности бедра сделать выжимание и разминание. Правая рука разминает мышцы левого бедра (**рисунок 9**) и наоборот. Для того чтобы сделать разминание задней стороны бедра, надо сесть на край стула, ногу снять с табурета и поставить ее на пол под углом 80—85 градусов. Разминание делают двумя руками.

Заканчивают самомассаж бедра потряхиванием мышц и поглаживанием.

Повторить эти приемы на другой ноге.

Самомассаж голени. Сесть на стул. Массируемую ногу несколько согнуть, наружной стороной стопы опереться о табурет, накрытый мягкой тканью. Двумя руками от стопы вверх сделать легкое поглаживание.

Встать, поставить ногу на низенький табурет, пальцами обеих рук мягко произвести растирание верхней части икроножной мышцы: вращательными движениями пальцев (**рисунок 10**) или штрихованием.

Закончить самомассаж голени потряхиванием и поглаживанием.

Повторить все приемы на другой голени.

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА

Заниматься следует в шерстяных носках и спортивном костюме. Первые 2—3 недели выполняют только упражнения в положениях лежа и сидя по 3—4 раза каждое. По мере привыкания к физической нагрузке страдающим первой стадией облитерирующего эндартериита разрешаются упражнения и в положении стоя. Количество повторений постепенно возрастает до 6—8 раз. Больным, у которых вторая стадия заболевания (если врач им разрешает заниматься), количество повторений упражнений рекомендуется доводить максимум до 4—5 раз.

Продолжительность занятия — 10—20 минут. Темп выполнения медленный и средний. Начинают делать каждое упражнение с ноги, менее пораженной болезнью.

Запомните: после каждого движения, сопровождающегося определенным напряжением, следует добиваться полного расслабления мышц. Снижению их тонуса помогает мысленное представление о расслаблении, а также потряхивание мышц, которое мы рекомендуем делать после каждых двух-трех упражнений. Если боль в икрах усиливается, занятия следует прекратить.

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ

Лежа на спине

1. Руки в стороны — вдох, опустить вдоль туловища — выдох.
2. Ноги на ширине плеч, расслабленное, быстрое сведение и разведение носков,



не смещая пяток (потряхивание стопами). Дыхание произвольное.

3. Согнуть ногу; разогнуть, скользя стопой по кушетке и расслабляя ногу. Дыхание произвольное. То же другой ногой.

4. Поднять полусогнутую ногу и, расслабив мышцы голени, захватить их мизинцем и большим пальцем правой руки, сделать потряхивание. Дыхание произвольное. То же на другой ноге.

5. Согнуть ноги, кисти под колени. Быстрые движения голеньями вверх-вниз с небольшой амплитудой — стопы расслаблены. Дыхание произвольное (**рисунок I**).

6. Согнуть ноги. Наклонять (сваливать их расслабленно) то влево, то вправо. Дыхание произвольное.

7. Руки за голову, потянуться, оттянуть к себе носки — вдох; опустить руки вдоль туловища, стопы расслабить — выдох.

Лежа на животе

8. Опустить голову на согнутые руки, ноги на ширине плеч согнуты в коленях. Делать круговые движения стопами вправо и влево. Дыхание произвольное (**рисунок II**).

9. Сгибание и разгибание (поочередное) ног в коленях. Дыхание произвольное.

Сидя на стуле

10. Руки на колени. Развести и свести согнутые ноги, переступая с носков на пятки и наоборот. Дыхание произвольное (**рисунок III**).

11. Соединить кисти под коленом. Приподнять ногу. Махи голенью вперед-назад. Дыхание произвольное.

12. Руки в стороны. Круговые движения руками вперед, затем назад. Дыхание произвольное.

13. Руки вверх — вдох; наклон вперед, руки вниз и назад — выдох.

14. Руки на пояс. Поочередно сгибать и разгибать ноги в коленях, стопы скользят по полу. Дыхание произвольное.

Стоя у стула

15. Правую ногу поставить на сиденье стула, левую руку на колено; расслабив мышцы голени и захватив их мизинцем и большим пальцем правой руки, сделать потряхивание. Дыхание произвольное. То же на другой ноге (**рисунок IV**).

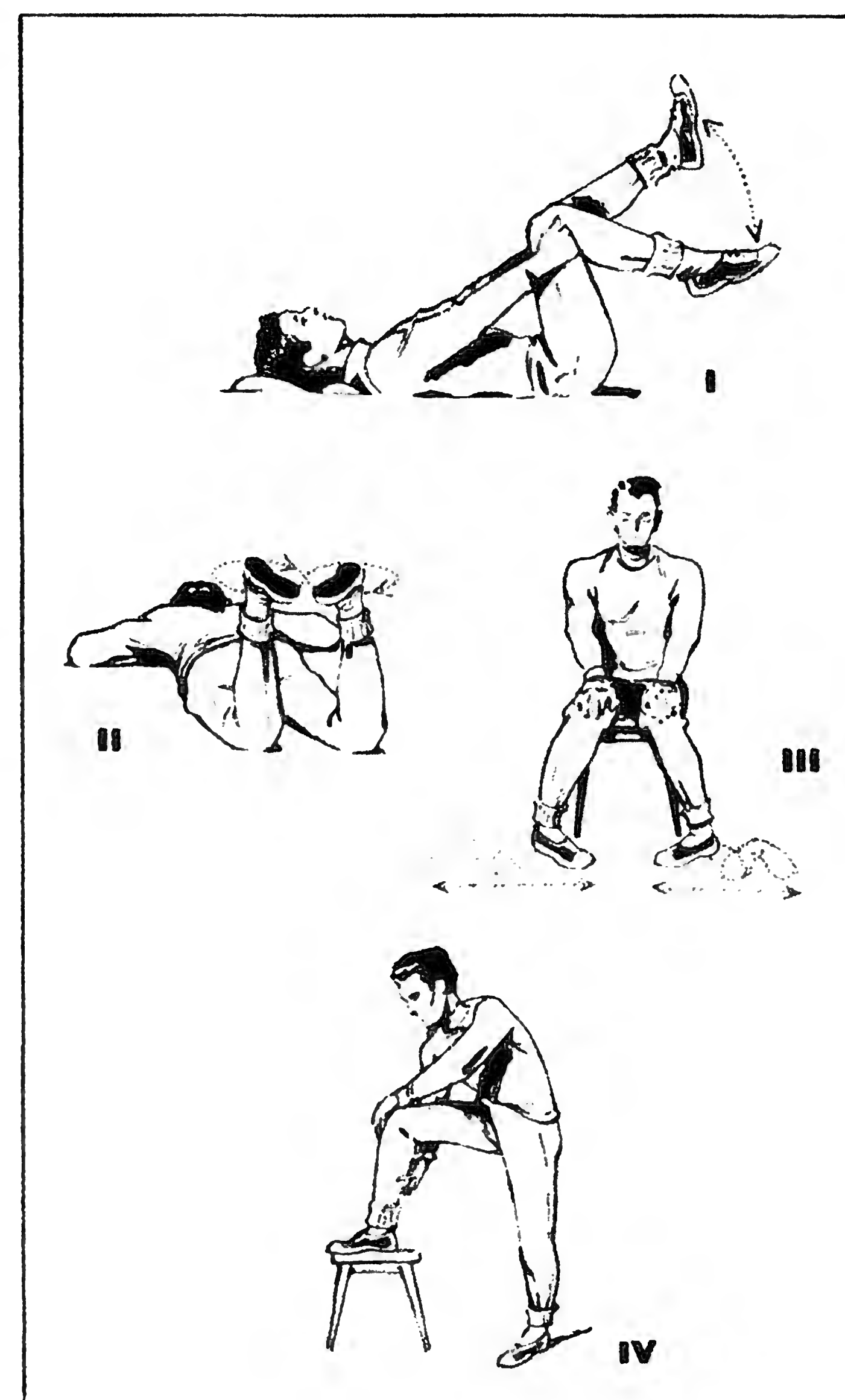
16. Руки на спинку стула, ноги на ширине плеч. Круговые движения тазом поочередно вправо и влево. Дыхание произвольное.

17. Руки на спинку стула — вдох; круговое движение ногой — выдох. То же другой ногой.

18. Руки на спинку стула. Поочередно отрывать пятки и носки от пола (перекаты). Дыхание произвольное.

19. Одну руку на спинку стула, другую опустить. Махи ногой и рукой вперед-назад. То же другой ногой. Дыхание произвольное.

20. Руки на спинку стула. Левую руку вверх — в сторону — вдох; вернуться в исходное положение — выдох. То же другой рукой.



Лежа на спине

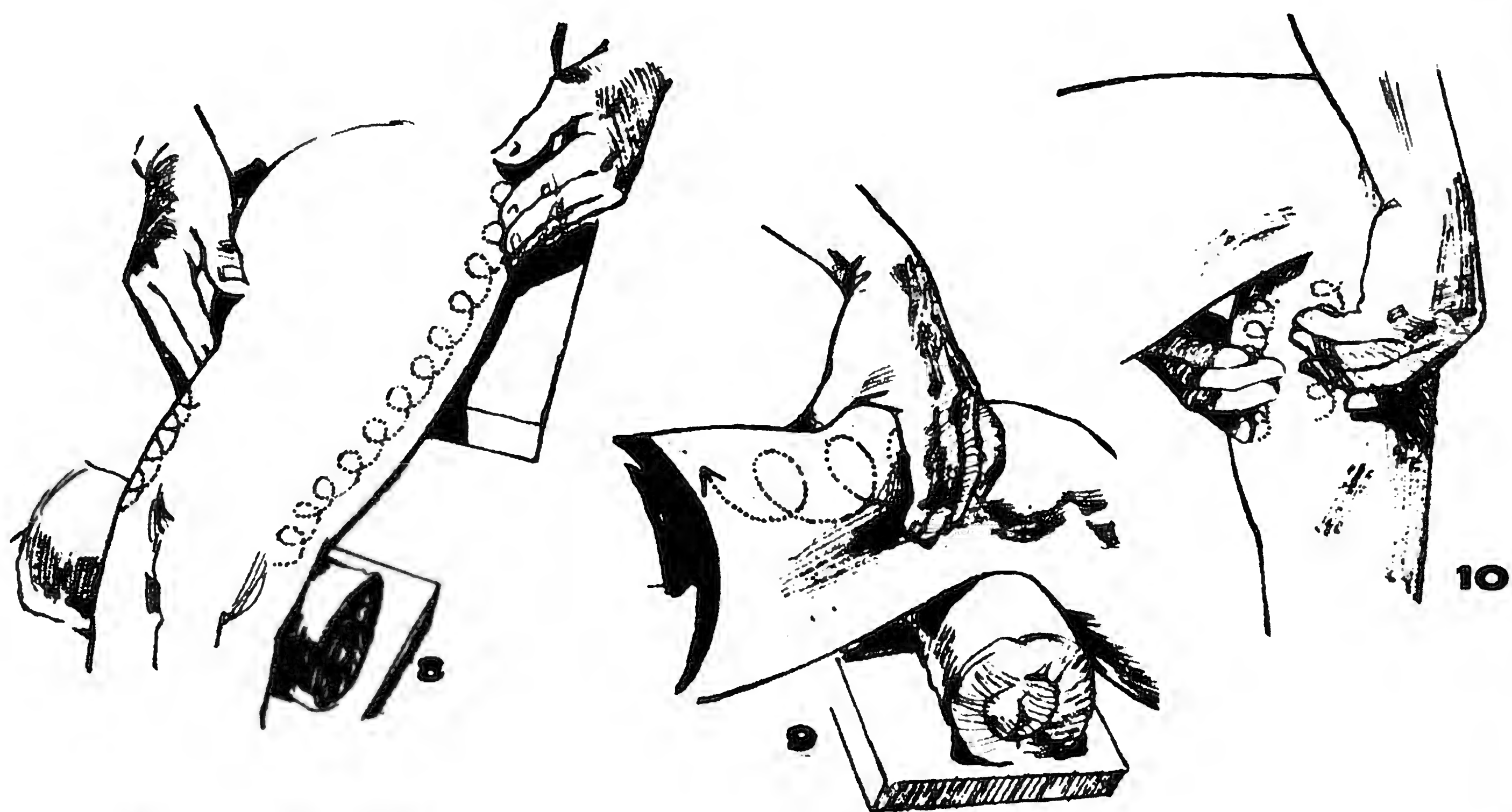
21. Повторить второе упражнение.

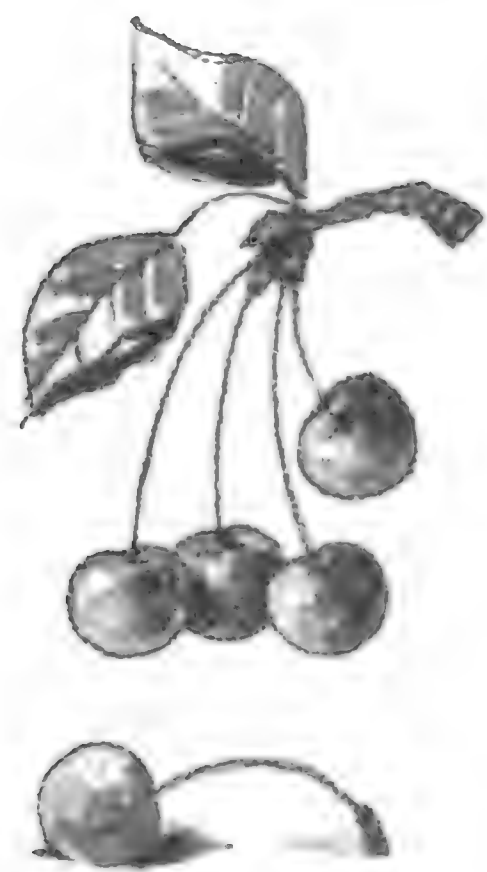
22. Ноги согнуть. Расслабить икроножные мышцы; захватив мизинцем и большим пальцем правой руки икроножную мышцу на правой ноге, сделать потряхивание. Дыхание произвольное. То же на другой ноге.

23. Руки к плечам; выпрямить руки вверх — вдох; руки к плечам — выдох.

Для улучшения кровообращения после вечерних занятий лечебной гимнастикой полезны контрастные ванны. Подготовьте два ведра — в одном должна быть вода, нагретая до 33—36 градусов, в другом холодная вода — 15—20 градусов. В течение 3—5 минут опускайте ноги то в горячую (на 20—40 секунд), то в холодную (на 3—5 секунд). Затем тщательно оботрите ноги.

Самомассаж и лечебную физкультуру продолжайте делать и после того, как состояние улучшилось. С разрешения врача можно включить в свой двигательный режим дозированную ходьбу, плавание в теплой воде (не ниже 24 градусов), прогулки на лыжах, волейбол. Все эти виды физических упражнений разрешаются, если не вызывают боли в ногах.





Это одна из первых ягод на нашем столе весной и ранним летом. Культивируется черешня в основном в южных районах страны — на Северном Кавказе, в Крыму, в Молдавии, Средней Азии, на Украине. В зависимости от сроков созревания различают ранние, средние и поздние сорта. Они отличаются и цветом — желтые, розовые, красные, черные.

По вкусовым качествам особенно славятся «Денисена желтая», «Дрога на желтая», «Дайбера черная», «Наполеон розовая». Широкую известность получил и гибрид черешни с вишней — «Краса Севера».

Черешня не только вкусна, но и полезна. Ценность ее обусловлена благоприятным сочетанием минеральных солей (особенно железа и калия)

с витаминами С, РР и каротином. А незначительное содержание органических кислот позволяет использовать черешню в питании больных хроническими заболеваниями желудка и кишечника.

Черешню можно давать и детям страдающим экссудативным диатезом, поскольку в отличие, например, от клубники она не обладает аллергенными свойствами и не вызывает обострения заболевания.

Ранние сорта черешни используют обычно в свежем виде. Зрелые ягоды могут храниться до пяти дней, а в холодильнике — до десяти. Для дальних перевозок их вместе с плодоножкой снимают с дерева за три—пять дней до полного созревания.

Не забывайте перед едой тща-

тельно промывать ягоды кипяченой водой: на них могут находиться всевозможные микробы и остатки ядохимикатов, используемых для борьбы с вредителями растений.

Съедать сразу много черешни не следует: она обладает послабляющим действием.

Эту ягоду можно заготавливать впрок в виде варенья, компотов.

Р. И. АНИСКИНА,
кандидат
медицинских наук

Пользуйтесь полиэтиленовыми пакетами

Здоровье СОВЕТУЕТ



Прозрачные, иногда окрашенные, мягкие и достаточно эластичные полиэтиленовые мешочки — удобная тара для хранения многих пищевых продуктов.

В них можно помещать конфеты, мясо, колбасу, рыбу, овощи — вареные и сырые, фрукты, хлеб, сыры, а также бутерброды, некоторые полуфабрикаты и готовые блюда плотной консистенции. Не рекомендуется держать в полиэтиленовой пленке масло и другие жировые продукты.

Полиэтилен плохо пропускает водяные пары, поэтому помещенные в мешочки продукты, скажем, хлеб, сыр, долго не сохнут. И в то же время

в такой таре они могут быстрее заплесневеть.

Можно использовать в домашних условиях не только новые мешочки, но и те, в которых вы принесли из магазина расфасованные продукты. Старайтесь только хранить в них аналогичные продукты. Не пользуйтесь мешочками слишком долго. Некоторые полимерные материалы сравнительно быстро «стареют», становятся ломкими, теряют свою эластичность и прозрачность. Такие мешочки лучше заменить новыми.

Освободившийся пакет надо сразу же тщательно вымыть теплой водой с мылом и просушить. Перед повторным

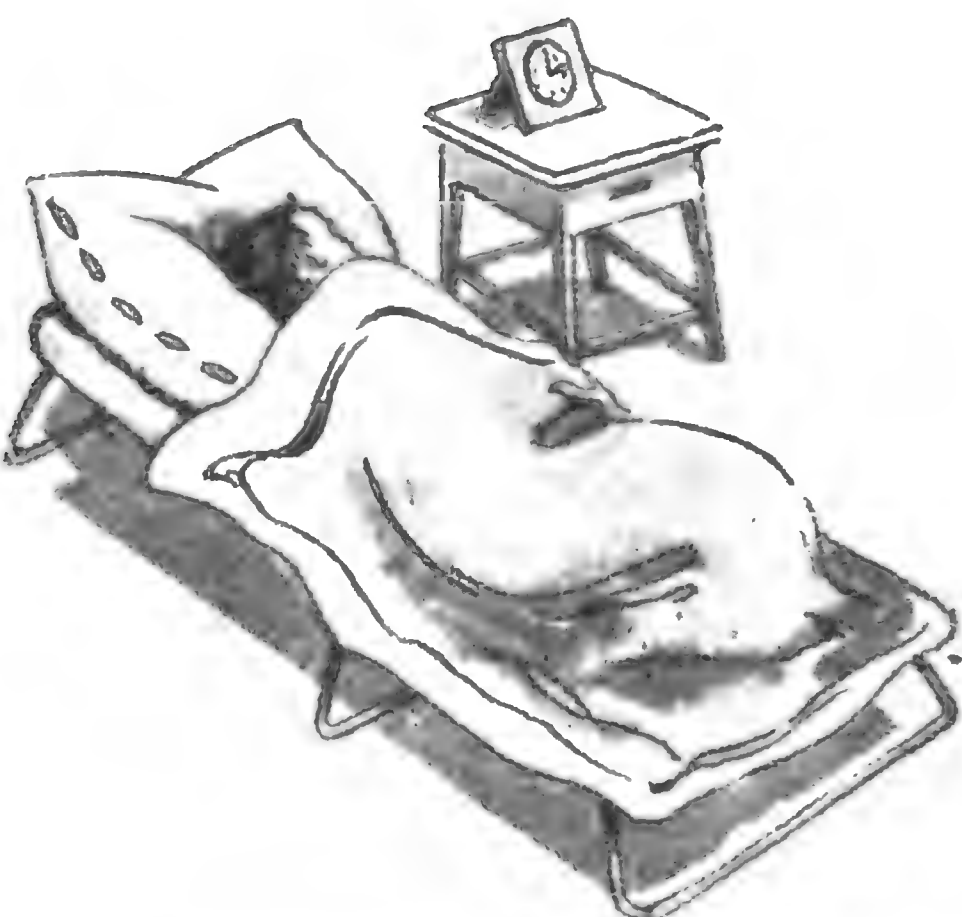
его использованием убедитесь, что он чист, сух и не имеет посторонних запахов.

Имейте в виду, что в таре из полиэтилена и других полимерных материалов, предназначенной для пищевых изделий (в ней продают одежду, обувь, грампластинки, товары бытовой химии, химические реактивы и другие), продукты хранить нельзя!

А. Н. ЗАЙЦЕВ,
кандидат
медицинских наук

Здоровье СОВЕТУЕТ

Раскладушка — для короткого отдыха



В предупреждении нарушений осанки немалую роль играет правильное положение тела ребенка во время сна. Постель должна быть ровной, полужесткой, с одной невысокой подушкой.

На раскладушках спать детям не рекомендуется. Натянутая ткань такой кровати под тяжестью тела довольно быстро вытягивается и провисает.

Если ребенок лежит на спине, ткань кровати провисает в области таза и лопаток. От этого усиливаются шейный и поясничный изгибы позвоночника, и может развиваться сутулость.

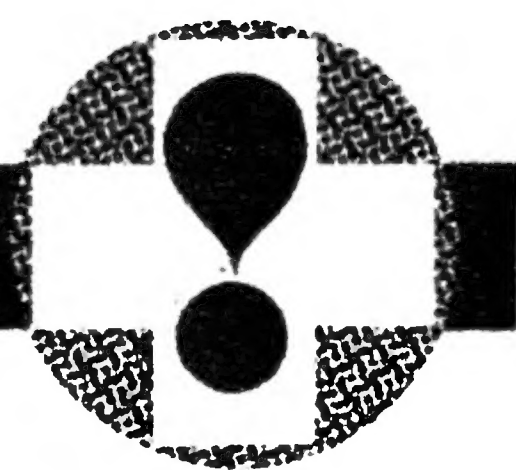
Если ребенок спит на боку, вся тяжесть тела падает на плечевой и

тазобедренный суставы. Позвоночник при этом изгибается, напоминая букву «С». Связочно-мышечный аппарат позвоночного столба подвергается перерастяжению, смещаются и сдавливаются ребра и отростки позвонков. Постепенно смещаются и лопатки, одно плечо становится ниже, другое — выше.

Как показывают наблюдения, неблагоприятные внешние воздействия больше сказываются на осанке детей, ослабленных, например, туберкулезной интоксикацией, или перенесших рахит. Им ни спать, ни отдыхать на раскладушках нельзя. Такими кроватями могут пользоваться только здоровые дети и то лишь для кратковременного дневного отдыха. Если же в

связи с какими-либо обстоятельствами им приходится спать на раскладушке и ночью, на нее надо обязательно положить плотный матрас, чтобы ложе не провисало. И еще: не следует поднимать изголовье раскладной кровати. Достаточно, если ребенок будет спать на небольшой подушке.

Г. А. ШАРШАТКИНА,
кандидат
медицинских наук



ИНЪЕКЦИИ ИНСУЛИНА

Ю. П. АЛЕКСЕЕВ,
кандидат медицинских наук

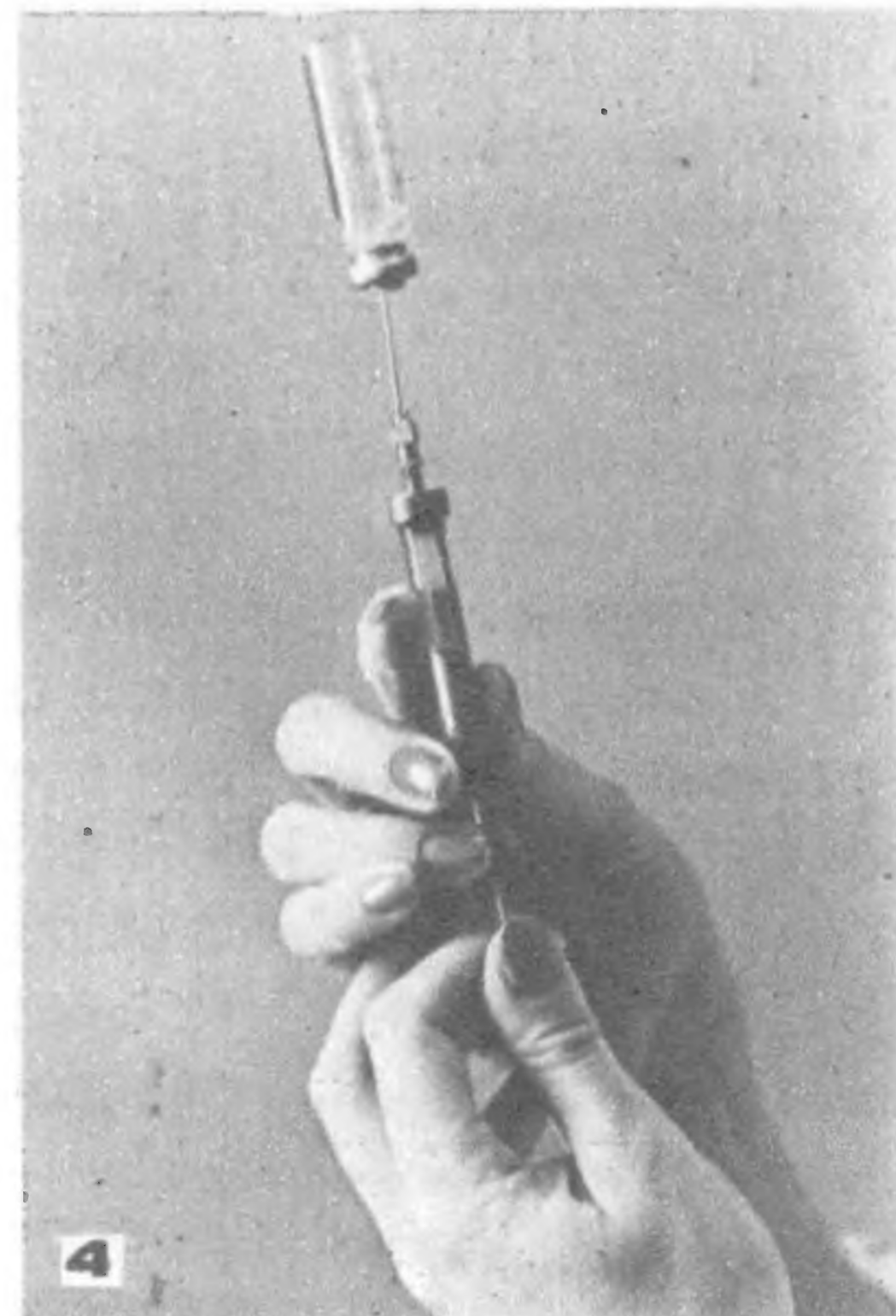
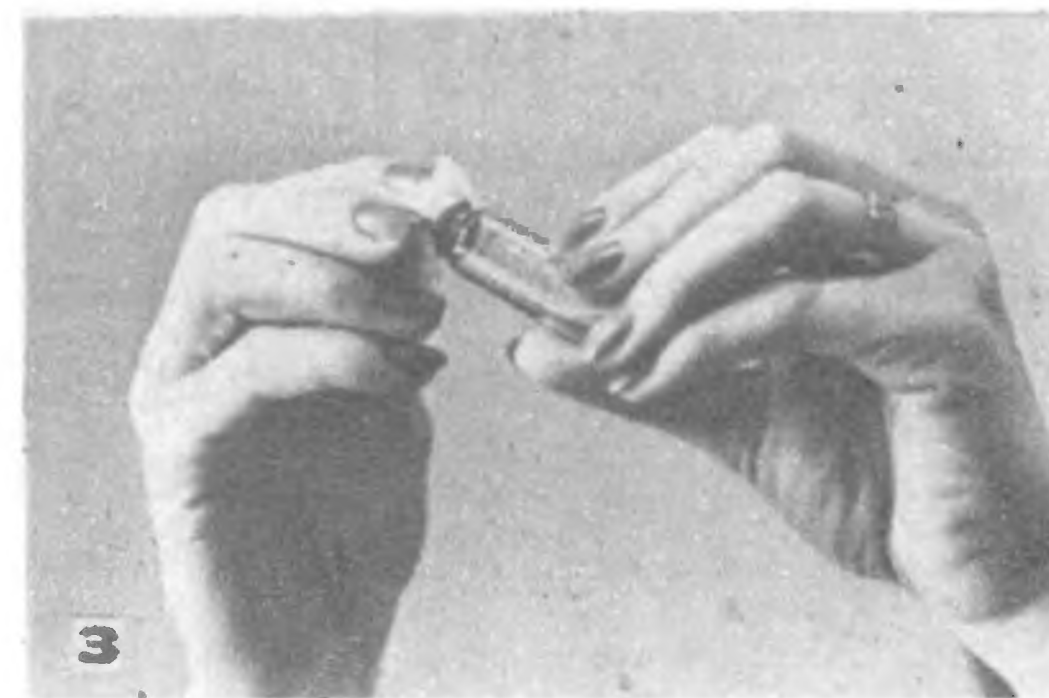
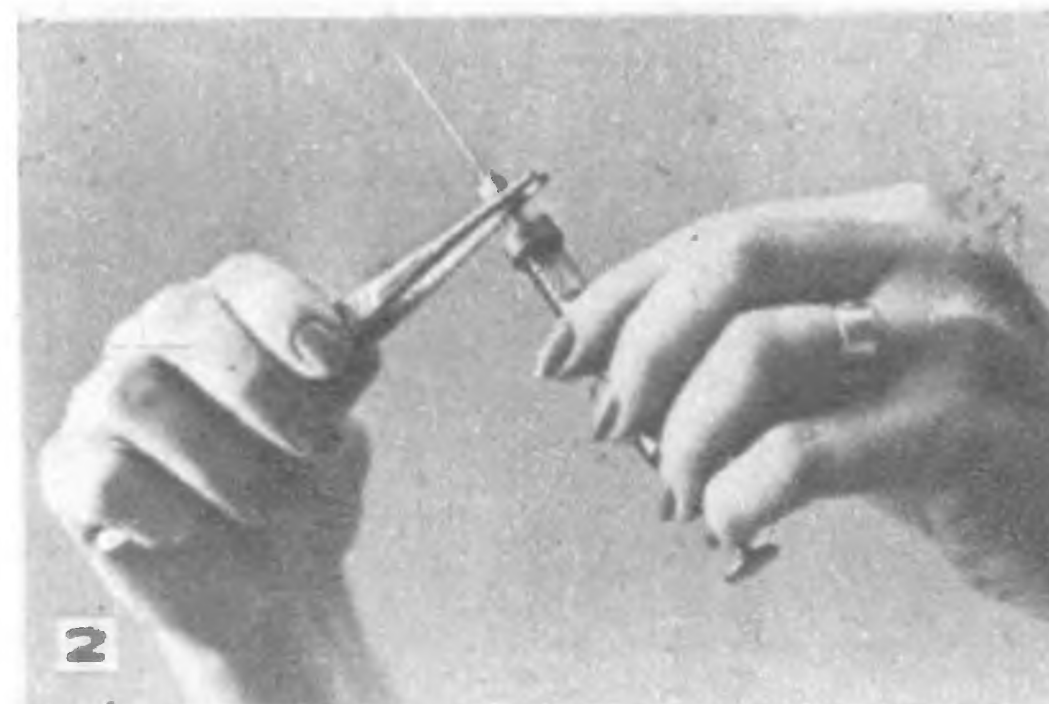
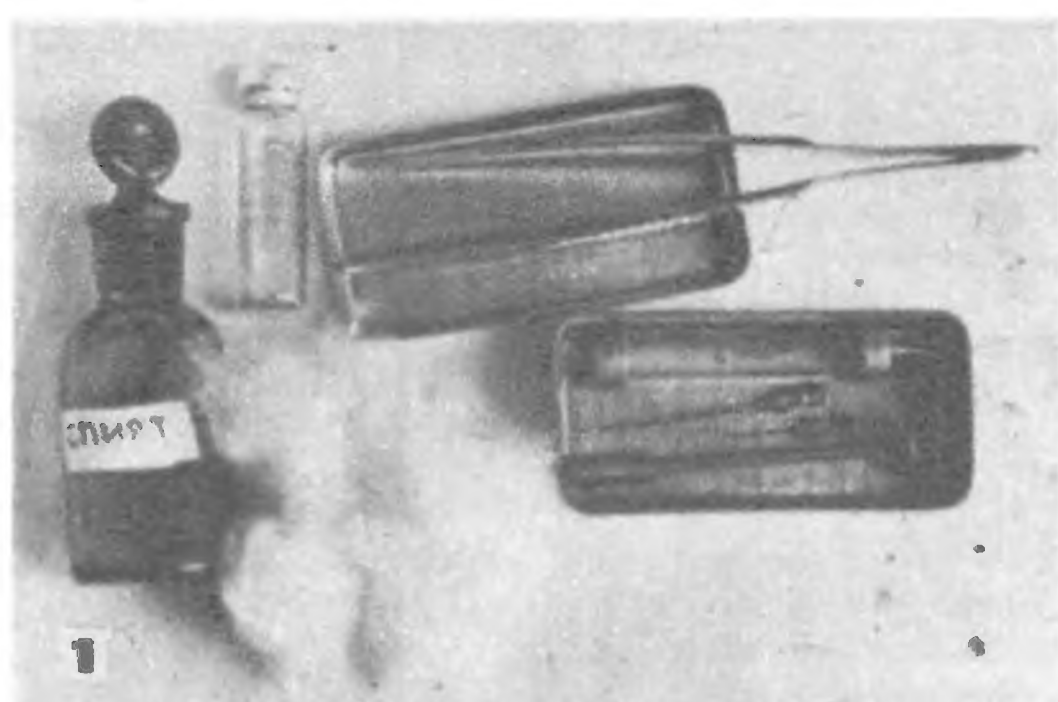
ОСНОВНОЙ метод лечения при сахарном диабете — диета, которую рекомендует врач. В тех случаях, когда компенсация сахарного диабета не наступает от диеты, а также от приема сахароснижающих препаратов (таблеток), назначают инъекции инсулина. Очень важно, чтобы больные научились делать их себе сами.

Существуют различные типы инсулина, отличающиеся длительностью действия. Наиболее распространены препараты ИЦС, ИЦС-А, ИЦС-К, лечебное действие которых продолжается от 10—12 до 22—24 часов. Если врач назначает дополнительно введение и простого инсулина (он действует 6—8 часов), его вводят, не вынимая иглы из кожи, но обязательно меняют ее направление, поскольку смешивать указанные препараты нельзя.

Купите в аптеке специальный инсулиновый шприц или обычный шприц емкостью в один миллилитр (одногограммовый) и иглы — не менее двух больших для набора лекарства и трех-четырех тонких для его введения. Все иглы, особенно тонкие, должны иметь мандрены — тонкие проволоочки, предупреждающие загрязнение иглы.

Так как шприц и иглы необходимо кипятить, одновременно приобретите стерилизатор. Можно пользоваться и специально выделенной для этой цели посудой — небольшой кастрюлей или миской с крышкой. В ней же хранят шприц и иглы после инъекции. Потребуются также гигроскопическая вата, спирт и небольшой пинцет (рисунки 1).

Чистый, промытый водой шприц в разобранном виде вместе с иглами (не вынимая из них мандренов) и пинцетом заливают холодной водой и кипятят в закрытом стерилизаторе 10—15 минут. Новые шприцы и иглы первый раз следует кипятить дольше — минут 40—45. Пока они остывают, ножом снимите кружочек, выдавленный на алюминиевом колпачке флакона с инсулином. Руки должны быть чистыми, поэтому, вымыв их с мылом, не закрывайте сами кран и не



вытирайтесь полотенцем, а тщательно протрите кончики пальцев ватным тампоном, смоченным в спирте.

После этого надо собрать шприц с помощью пинцета, не касаясь руками поршня, кончика иглы и наконечника шприца (рисунки 2). Сначала на него на-

девают толстую иглу и движением поршня удаляют остатки воды.

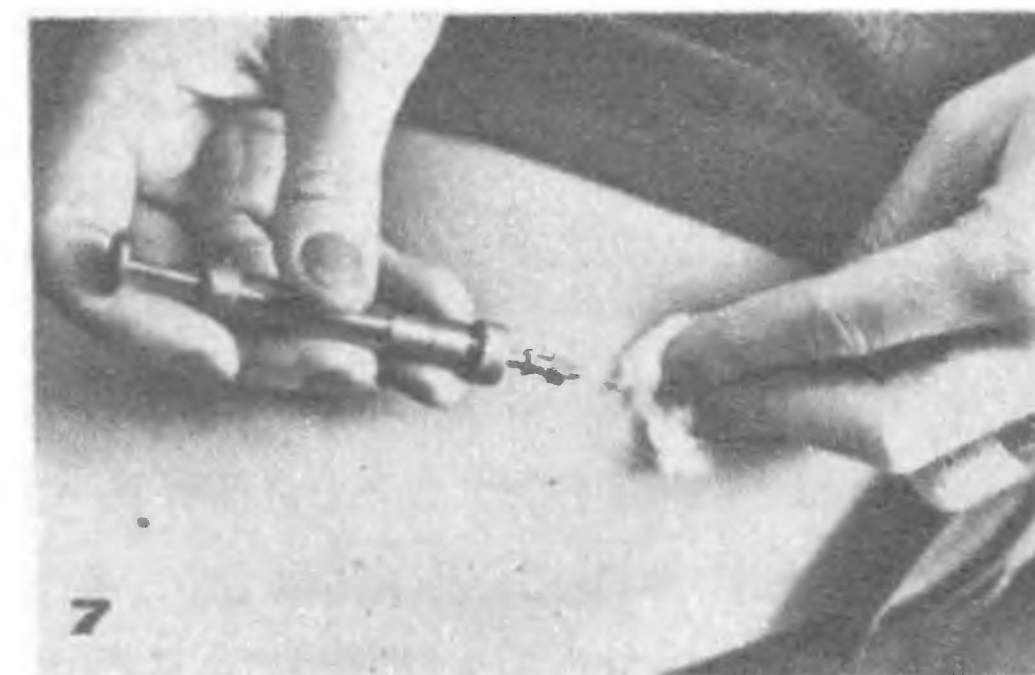
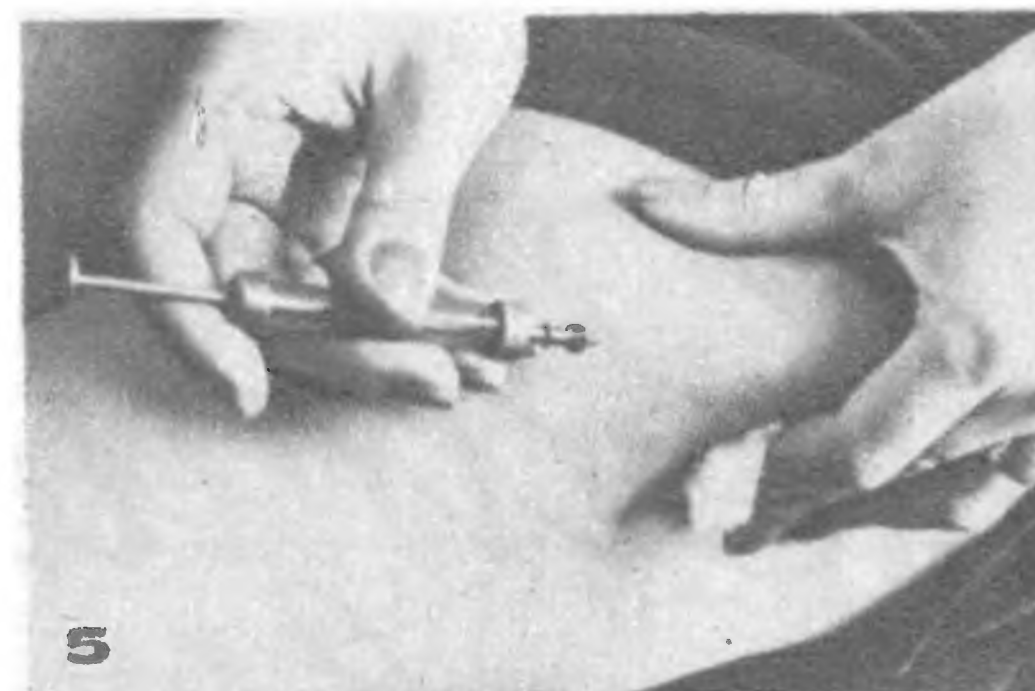
Сколько набирать лекарства? В специальном инсулиновом одногограммовом шприце один миллилитр разбит на 20 делений. На этикетке же флакона указано, что в одном миллилитре раствора содержится 40 единиц. Значит, одно деление на шприце соответствует двум единицам (40:20) инсулина. Если больному назначена доза, скажем, в 32 единицы, надо заполнить шприц лекарством на 16 делений. В одногограммовом обычном шприце каждое деление соответствует четырем единицам инсулина. Поэтому наполняют его на 8 делений.

Вытянув поршень немного дальше необходимой метки, прокалите резиновый колпачок флакона, предварительно протертый спиртом (рисунок 3). Введя иглу на глубину 1—1,5 сантиметра, выжмите внутрь находящийся в шприце воздух. Затем шприц надо повернуть иглой вверх (флакон оказывается сверху; рисунок 4), набрать инсулин на одно-два деления больше назначенной дозы, вытащить иглу из флакона и пинцетом заменить на тонкую. После этого движением поршня следует выдавить воздух, пока с иглы не стекнут одна-две капли набранного лекарства.

Сам больной обычно делает себе инъекцию инсулина подкожно в бедро. Если ее делает кто-либо из родных, можно вводить лекарство в кожу плеча, лопатки, живота, ягодицы. Обычно инсулин вводят за 15—20 минут до еды.

Кожу протирают спиртом, большим и указательным пальцами левой руки собирают ее в тугую складку (рисунок 5), с размаху прокалывают ее почти параллельно поверхности, проводя иглу на глубину 1—1,5 сантиметра. Распустив складку, вводят инсулин, нажимая на поршень указательным или большим пальцем правой руки (рисунок 6). Делать инъекции можно и сидя и лежа.

Кусочек ваты, смоченный спиртом, положите на место укола и медленно извлеките иглу



(рисунок 7). Образовавшуюся припухлость не следует массировать, потому что массаж способствует ускоренному поступлению инсулина в кровь. Не рекомендуется также вводить инсулин в одно и то же место.

После инъекции шприц надо разобрать, промыть водой, вставить в иглы мандрены и сложить все в стерилизатор или специальную посуду, закрыв крышкой. Флаконы с лекарством хранят в темном, прохладном, но не очень холодном месте, так как при замораживании активность инсулина резко снижается.

В условиях командировки, в отпуске можно хранить шприц и иглы в специальном футляре со спиртом. В этих случаях перед инъекцией нужно тщательно удалить остатки спирта из шприца и иглы, поскольку попадание спирта в инсулин вызывает инактивацию (ослабление действия) препарата. Рекомендуется не менее одного раза в месяц менять спирт в футляре. Этот футляр со спиртом для хранения в стерильном состоянии шприца и игл можно приобрести в аптеках.

75 ЛЕТ назад, в 1901 году, увидела свет книга молодого врача-писателя Викентия Викентьевича Вересаева «Записки врача». Она имела сенсационный успех, выдержала 14 изданий и была переведена на все европейские и на японский языки.

Вокруг книги разгорелись жаркие споры. Передовая медицинская общественность, в частности деятели земской медицины, горячо восхищались

шие его до отчаяния, несоответствие между тем, к чему его готовили, и тем, что он увидел в жизни,—обо всем этом рассказано в «Записках врача» ярко и откровенно.

Сложнейшие морально-общественные проблемы, возникшие перед молодым врачом, автор рассматривал не с узкопрофессиональных позиций. Остро, талантливо говорил он о задачах и возможностях медицинской науки, стре-

лась лишь теоретической наукой о том, как можно было бы вылечить их, если бы они были богаты и свободны; а то, что за отсутствием последнего приходилось им предлагать на деле, было не чем иным, как самым бесстыдным поруганием медицины».

Отсюда и вывод, к которому приходит Вересаев: «Все яснее и неопровержимее для меня становилось одно: врач—если он врач, а не чиновник врачебного дела,—должен прежде всего бороться за устранение тех условий, которые делают его деятельность бессмысленною и бесплодною; он должен быть общественным деятелем в самом широком смысле слова, он должен не только указывать, он должен бороться и искать путей, как провести свои указания в жизнь».

Официальные круги и лица, представлявшие привилегированные слои царской России, не могли простить В. В. Вересаеву его демократических взглядов. Реакционная пресса злобно набросилась на его книгу. Автором заинтересовалась охранка, за ним был установлен полицейский надзор. В 1902 году В. В. Вересаева выслали из Петербурга и запретили в течение двух лет жить в столичных городах.

В. И. Ленин, знавший «Записки врача», отметил в книге социальный пафос, искренность и правдивость. Н. А. Семашко высоко ценил эту книгу, отмечал ее большую роль в воспитании молодого врача.

Познакомившись с «Записками» Вересаева, советский врач, советский читатель с удовлетворением отметят, что социалистическое общество сумело решить проблемы, казавшиеся писателю неразрешимыми, тягостными, трагическими.

«Записки врача» помогают нам сегодня в историческом аспекте оценить, сколь огромны и значительны достижения советской медицины, сколь велика и многозначна в нашем социалистическом обществе роль врача, сохраняющего самое дорогое богатство—здоровье человека.

„Записки врача“

Б. Д. ПЕТРОВ,
член-корреспондент АМН СССР



книгой, одобряли и поддерживали высказывания своего коллеги. Выдающийся ученый и передовой врач В. А. Манассеин, которого называли «совестью русской медицины», отмечая некоторые преувеличения, допущенные автором, указывал, что «Записки врача» написаны «тепло, правдиво, талантливо». Другие, в том числе большинство частных практикующих врачей, резко осуждали книгу, считая, что автор излишне пессимистичен, дискредитирует врачей, предъявляет к ним завышенные требования.

Реакционная пресса, видя в книге документ огромной обличительной силы, пыталась убедить своих читателей, что «Записки» не отражают действительности, а являются следствием «неврастенического копания В. Вересаева в собственных ощущениях».

А молодой врач следовал примеру великого Н. И. Пирогова, который писал: «Я положил себе за правило... ничего не скрывать от моих учеников, и если не сейчас же, то потом, и немедленно открывать перед ними сделанную ошибку, будет ли она в диагнозе или в лечении болезни».

Переживания начинающего свою деятельность врача, трудности, доводив-

мися правдиво показать положение врача в обществе, его взаимоотношения с больными и здоровыми, его моральные обязательства перед ними. Книга заставляла думать, искать ответ на поставленные в ней вопросы.

В. В. Вересаев не ограничился перечислением тех или иных недостатков медицинского обслуживания. «Записки врача» рассказывают об аморальности капитализма—строю, где царят законы наживы, где медицина, которая обязана стоять на страже здоровья, ничем не может помочь человеку. И главное даже не в том, что среди врачей многие оказываются предприимчивыми дельцами, а в том, что при этом строе медицинская помощь не может не стать предметом купли и продажи. Недостатки медицинского обслуживания поставлены автором в прямую связь с неразрешимыми социальными противоречиями капитализма.

«Медицина есть наука о лечении людей,—писал В. В. Вересаев.—Так оно выходило по книгам, так выходило и по тому, что мы видели в университетских клиниках. Но в жизни оказывалось, что медицина есть наука о лечении одних лишь богатых и свободных людей. По отношению ко всем остальным она яви-

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ГИМНАСТИКА ДЛЯ РЕДАКТОРОВ



Отличительные особенности работы редакторов — значительная умственная нагрузка, малая физическая активность. Поэтому в комплекс производственной гимнастики включены упражнения для всех основных мышечных групп, активизирующие деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем, способствующие улучшению осанки. Гимнастику рекомендуется делать через 3 часа после начала работы, а потом в середине второй половины рабочего дня. Перед занятием проветрите комнату; физические упражнения лучше выполнять под музыку.

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ

1. И. п.: о. с., ноги на ширине ступни. 1—2—слегка поворачивая туловище влево, правую руку вперед, а левую назад, поднять обе руки ладонями вверх, посмотреть на них — вдох. 3—4—слегка поворачивая туловище вправо, правую руку назад, а левую вперед, опустить руки — выдох. То же в противоположную сторону. 4—6 раз.

2. И. п.: о. с. 1—мах правой ногой назад, руки вверх. 2—приставляя ногу, наклониться вперед, туловище параллельно полу, посмотреть вперед, руки на пояс. 3—4—выпрямиться, опустить руки. То же с другой ноги. Дыхание произвольное. 6—8 раз.

3. И. п.: о. с., руки на поясе, ноги на ширине плеч. 1—поворот вправо, руки в стороны. 2—наклониться к правой ноге, руками коснуться ее носка. 3—выпрямиться, руки в стороны. 4—вернуться в и. п. Дыхание произвольное. 8—10 раз.

4. И. п.: о. с., руки на поясе, большие пальцы вперед. 1—3—три невысоких прыжка на месте. 4—высокий прыжок, руки опустить. 5—8—четыре шага на месте. Дыхание произвольное. 4—6 раз. Перейти на ходьбу, глу-

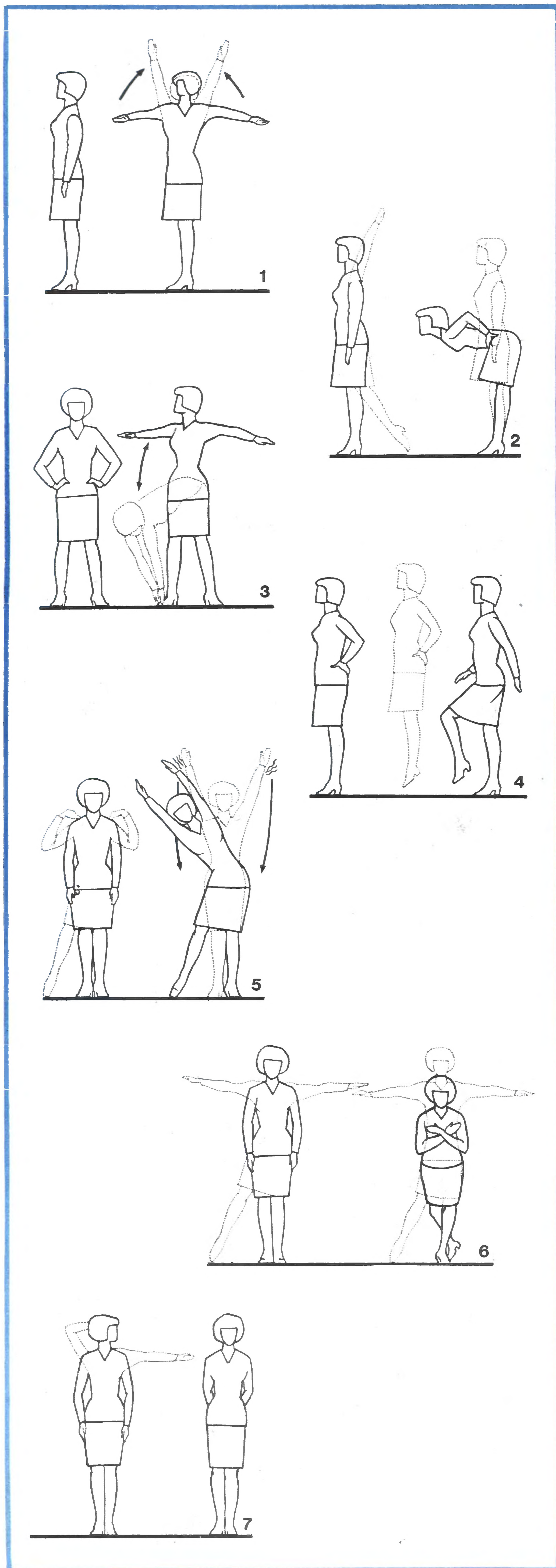
боко дыша, постепенно замедляя темп.

5. И. п.: о. с. 1—руки к плечам, правую ногу в сторону на носок. 2—руки вверх, наклон вправо. 3—4—выпрямиться, приставить ногу и, свободно потряхивая кистями, опустить руки. То же в другую сторону. Дыхание произвольное. 6—8 раз.

6. И. п.: о. с. 1—небольшой мах правой ногой в сторону, руки в стороны. 2—полуприседая на левой ноге, правую ногу за левую на носок, руки свободно скрестить перед грудью. 3—выпрямляясь, небольшой мах правой ногой в сторону, руки свободно в стороны. 4—вернуться в и. п. Дыхание произвольное. То же с другой ноги. 6—8 раз.

7. И. п.: о. с. 1—правая рука за голову, левая в сторону, посмотреть на левую руку. 2—левую руку за голову, правую в сторону, посмотреть на правую руку. 3—хлопок руками за спиной. 4—вернуться в и. п. Дыхание произвольное. Повторить в убыстряющемся темпе 10—12 раз.

Л. Н. НИФОНТОВА,
мастер спорта,
кандидат
педагогических наук



Цена 25 коп. Индекс 70328.

